

Aus der Psychiatrischen Klinik der
Universität München
Direktor: Prof. Dr. H.Hippius

HYSTERISCHE PSYCHOSEN

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
an der Ludwig-Maximilian-Universität zu München

vorgelegt von
Gerlinde Schwaiger
aus
Hengersberg

1975

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität
München:

Berichterstatter: Prof.Dr.H.Dietrich

Mitberichterstatter: Prof.Dr.H.Hippus

Dekan: Prof.Dr.W.Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 24.Juni 1975



An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof.Dr.H.Dietrich
für die freundliche Überlassung des Themas und seine
wertvollen Anregungen herzlich danken.

Besonderer Dank gilt Frau Wolf, der Leiterin der
Bibliothek der Universitäts-Nervenlinik München
für die stets bereitwillige Hilfe bei der Beschaffung
der Literatur.

INHALTSVERZEICHNIS

I. Einleitung, Problemstellung, Zielsetzung.....	3
II. Teil 1: Historische Betrachtung von Entwicklung und Bedeutung des Begriffs "hysterische Psycho- se":	
1. Die Entwicklung bis Freud,.....	5
2. Neue Aspekte von Neurose und Hysterie: Freud...	9
3. Die "hysterische Psychose" von Freud bis ca. 1930:	
a) Uneinigkeit der Fachwelt über die Exi- stenz einer hysterischen Psychose über- haupt	13
b) Definition der hysterischen Psychose	13
c) Die drei Gruppen von hysterischen Psy- chosen:	
aa) Geistesstörung in Verbindung mit dem hysterischen Anfall	15
bb) die eigentlichen hysterischen Psy- chosen	18
cc) die Zweckpsychosen	26
4. Abnahme der Diagnose "hysterische Psychose" in der Literatur nach 1930.....	29
III. Teil 2: Die Bedeutung des Krankheitsbildes jener "eigentlichen hysterischen Psychose" und dessen	

Standpunkt im modernen diagnostischen Schema
(oder: An welchen Formen von schizoaffektiven
Psychosen erkranken hysterische Persönlich-
keiten bevorzugt?).

1. Die Bedeutung von hysterischer Neurose und hysterischem Charakter als prämorbid Fak- toren für eine Psychose.....	33
2. Die hysterische Psychose und die psychoge- nen Psychosen Faergemans.	36
3. Die hysterische Psychose und die cycloiden Psychosen Leonhards:	39
a) Analogien der Symptomatik	
b) Präpsychotische hysterische Züge bei cy- cloiden Patienten.	
4. Beantwortung und Begründung der Frage: An welchen Formen von schizoaffektiven Psycho- sen erkranken hysterische Persönlichkeiten bevorzugt?.....	60
5. Kurzer Ausblick auf die zeitgenössische ame- rikanische Literatur über die "hysterische Psychose".....	61
IV. Zusammenfassung	66
V. Literaturverzeichnis	69

I. Einleitung, Problemstellung, Zielsetzung.

Der Begriff "hysterische Psychose" ist in der modernen deutschen Psychiatrie so gut wie verschwunden.

Wer ihn in den gängigsten deutschsprachigen Lehrbüchern sucht, wird nichts finden. Weder Fleuler(10) noch Schulte-Tölle(68) erwähnen ihn.

Dagegen ist er in der amerikanischen, französischen und skandinavischen Fachliteratur der letzten Jahre sehr wohl vertreten. In den führenden amerikanischen Lehrbüchern wird die "hysterische Psychose" aber auch nur sehr kurz abgehandelt. Mayer-Gross(51) schreibt im Kapitel "Schizophrenia" im Rahmen der differentialdiagnostischen Überlegungen: "Another group of cases often labelled schizophrenic are severe hysterical reactions to an emotional loss, an affective trauma or a deprivation of support and home. These hysterical psychoses may occur in children of an introverted and solitary disposition, and the features of personality which have predisposed to the reaction colour it clinically and make its diagnostic recognition difficult." Redlich-Freedman(63) äußert sich zu diesem Begriff noch kürzer: "Gewisse dramatische kurze halluzinatorische Episoden nannte man in älteren Lehrbüchern hysterische Psychosen."

In der neuesten Revision der internationalen Klassi-

fikation der WHO für psychiatrische Diagnosen ist die hysterische Psychose überhaupt nicht vertreten.

Dabei war die "hysterische Psychose" vor allem zu Beginn unseres Jahrhunderts ein überaus häufig verwendeter Begriff, vertreten in jedem Lehrbuch, Thema unzählter psychiatrischer Veröffentlichungen, wenn auch freilich nicht immer unumstritten.

Ziel dieser Arbeit soll es sein, die Entwicklung dieses vor allem deskriptiven Begriffs aus den Zeiten des Anfanges der wissenschaftlichen Psychiatrie gegen Mitte des vorigen Jahrhunderts über Kraepelin und Freud bis in unsere Zeit aufzuzeigen. Darüber hinaus soll versucht werden, die verschiedenen Bedeutungen des Begriffes zu erfassen, gegeneinander abzugrenzen um schließlich der Frage nachzugehen, wo im modernen diagnostischen Schema dieses Krankheitsbild untergetaucht ist und wie man heute jene Psychosen bezeichnet, an denen hysterische Persönlichkeiten bevorzugt erkranken.

II. Teil 1: Historische Betrachtung von Entwicklung

2. Bedeutung des Begriffs "hysterische Psychose".

1. Die Entwicklung bis Freud.

Trotz der mehr als 2000jährigen Geschichte der Hysterie erfolgte die Abgrenzung eines hysterischen Irreseins erst um die Mitte des 19. Jahrhunderts.

Wilhelm Griesinger(27), der mit seinem 1845 erschienenen Lehrbuch "Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten" die bis heute andauernde naturwissenschaftlich-positivistische Epoche der Psychiatrie einleitete, schreibt darin 44 Seiten lang über die Hysterie, seiner damaligen Auffassung nach noch uterinen Ursprungs. Ein hysterisches Irresein erwähnt er nur kurz im folgend zitierten Satz:

"Die Localkrankheiten des uterus, der ovarien, der vagina (Cysten und andern Desorganisationen, chronischen Entzündungen, etc.) haben gewöhnlich erst in Folge ausgebildeter Hysterie ein aus dieser allmählig entwickeltes Irresein zur Folge, das oft in seinem allgemeinen Charakter (Ueberspanntheit zärtlicher Gefühle, Sentimentalität, Lascivität) oder in einzelnen falschen Gedankenbildungen(z.B. in dem Wahn, schwanger zu sein) deutlich auf seinen Ursprung hinweist."

Auch für Schüle(67), der heute als der bedeutendste Vertreter der älteren Anstaltspsychiatrie gilt, existierte

ein hysterisches Irresein, wie sein 1878 in Leipzig
erschienenenes "Handbuch der Geisteskrankheiten" be-
weist. Zu dieser Zeit hatte sich die Ansicht von der
Hysterie als zerebrale Neurose, wie sie schon im er-
sten Drittel des 19. Jahrhunderts von Gall vertreten
wurde, neben der genitalen und uterinen Theorie durch-
gesetzt, wenngleich noch bis über die Jahrhundertwende
hinaus beide Theorien in jeweils wechselnder Bedeutung
nebeneinander existierten. Das physiologische Korrelat
der hysterischen Neurose sieht Schüle in einem "krank-
haften Überwiegen der reflektorisch spinalen Funktionen
über die hemmenden cerebralen". Neben Epilepsie ist
die Hysterie für ihn die zweite Hauptform "geistig-
körperlicher Entartung". Das hysterische Temperament
bietet den "weiten und fruchtbarsten (wenn auch nicht
einzigen) Boden für die Verrücktheit", d.h., die hyste-
rische Psychose ist der häufige, oft unvermeidliche
Ausgang einer hereditären Veranlagung.

Für das nicht unwesentliche Weiterbestehen der uterinen
Deutung der Hysterie sprechen Veröffentlichungen, wie
z.B. ein Bericht von Flechsig(20) im Neurologischen
Centralblatt 1884 unter dem Titel: "Zur gynäkologischen
Behandlung der Hysterie": Eine Patientin mit einer "Psy-
chose mit hysterischen Zügen" wurde wegen eines "Fibro-
ma uteri von Kindskopfgröße" einer "amputatio uteri

supravaginali." unterzogen. Gynäkologisch war der Eingriff erfolgreich. Zum psychiatrischen Erfolg erwähnt der Verfasser, daß die Patientin bereits früher geisteskrank war und auch nach der Operation weitere Rezidive auftraten.

Eine strenge Trennung Hysterie - hysterisches Irresein - hysterische Verrücktheit nimmt erstmals Kraepelin(39) in der 1887 erschienenen 2.Auflage seines Lehrbuchs vor. Neu - wenn auch noch nicht so deutlich wie bei Freud - ist die Erkenntnis, daß psychische Faktoren bei der Entstehung von Neurosen mitwirken:"In der Regel ist die in der Neurose sich kundgebende Disposition des Nervensystems eine angeborene oder doch verhältnismäßig früh erworbene; seltener wird sie durch von aussen an das Individuum herantretende Ursachen erst erzeugt".

Als hysterisches Irresein faßt Kraepelin alle Affektzustände zusammen, die auf dem Boden einer bestehenden Hysterie auftreten können; diese reichen von hypochondrischen Anwandlungen und episodisch hervortretenden Dämmerzuständen bis hin zu "depressiven Verstimmungen" und "Aufregungszuständen aller Art". Gemeinsam ist all diesen Zuständen ihre begrenzte Dauer, große Rezidivneigung, "unvermittelter Wechsel der Erscheinungen" und die gute Prognose des einzelnen Krankheitszustandes.

Kraepelin betont noch besonders, daß die mannigfachen Psychosen auf hysterischer Grundlage keine "durchgreifende gemeinsame Eigenthümlichkeit" aufweisen.

Bei der hysterischen Verrücktheit, die er noch als eigene Krankheitspecies abgrenzt, stehen "sexuelle Verfolgungs- und Größenideen" im Vordergrund.

Die wachsende Bedeutung des Begriffs des hysterischen Irreseins in der zunehmend wissenschaftlicher werdenden Psychiatrie beweist die 1892 erschienene 5. Auflage von Griesingers Lehrbuch(28): Daß die Hysterie nicht nur eine Krankheit des weiblichen Geschlechts ist, hat inzwischen allgemeine Anerkennung gefunden und für Griesinger liegt nun die Ätiologie der Hysterie vor allem in "psychischen Eindrücken", daneben aber auch in nicht zerebralen körperlichen Erkrankungen und Vergiftungen.

"Die Hysterie ist als eine psychoneurotische Störung mit motorischen und sensiblen Krankheitserscheinungen aufzufassen, welche den Charakter des psychischen Ursprungs und der physiologischen Gruppierung und nicht denjenigen der anatomischen Begründung zeigen."

Griesinger unterteilt das hysterische Irresein in drei Formen: hysterische Dysthymie, hysterische Hyperthymie und hysterische Paranoia. Für die ersten beiden Krankheitsbilder spielt die Hysterie die Rolle der psycho-

pathischen Prädisposition, während sie bei der Paranoia komplizierend hinzutritt. Als auslösende Momente gibt er körperliche Erschöpfungszustände ("profuse Menstruation, Puerperium und Klimakterium") und seelische Erschütterungen an. Wichtig ist, daß er diese drei Formen vor allem in Verbindung mit hysterischen Anfällen, als dessen Prodrome oder Äquivalente sieht; er weist aber darauf hin, daß ähnliche Zustände auch ohne "ausgesprochen hysterische Erscheinungen" auftreten, also auch allein auf der Basis eines hysterischen Charakters.

2. Neue Aspekte von Neurose und Hysterie: Freud.

Ab Freud ist der Begriff der "hysterischen Psychose" mitbestimmt von dessen Definition der Neurose und seiner Hysterieauffassung.

Der Terminus "Neurose" wurde 1777 von Cullen erstmalig als Bezeichnung für alle Erkrankungen des Nervensystems ohne nachweisbare Ursache angewandt. Im 19. Jahrhundert wurde der Begriff zusätzlich auf Organstörungen ohne Läsionen der Organstruktur angewandt, die aber nach dem Organ benannt werden, wie z.B. die Hysterie. Seit Freud ist die Neurose eine "psychisch bedingte Gesundheitsstörung, deren Symptome unmittelbare Folge und bzw. oder symbolischer Ausdruck eines krankmachenden seelischen Konfliktes sind, der unbewußt bleibt" (Peters 57).

Durch diese Neurosedefinition wurde eine scharfe

Trennung von Neurose und Psychose eigentlich erst möglich.

1895 veröffentlichten Freud und Breuer(22) ihre "Studien über Hysterie", in denen auch Gedanken Charcots(14) und Janets(35) über Freuds Studienaufenthalte an der Salpêtrière Eingang gefunden haben. Sich auf ihre therapeutische Hypnoseerfahrung stützend, beweisen sie das akzidentelle Moment bei der Entstehung der Hysterie und heben die "hypnoiden Zustände", das schon von Janet beschriebene "double conscience" als wesentlichen Faktor für die Entstehung der Konversionssymptome hervor. Freud geht sogar so weit, in einer Veröffentlichung über die Abwehrneuropsychoosen(23,24) sexuelle Traumata in der Kindheit, deren Inhalt in "wirklicher Irritation der Genitalien (coitusähnlichen Vorgängen) bestehen", als Verursachung der Hysterie zu fordern. Die Hysterie ist für Freud eine Psychoneurose, er faßt sie mit der Zwangsneurose und der Phobie zur Gruppe der Übertragungsneurosen zusammen. Es dauerte zwar zunächst noch einige Zeit, bis sich die Auffassung von der Hysterie als Neurose im heutigen Sinn durchsetzen konnte. Noch 1901 wurde von Nissl(56) folgendes im Zusammenhang mit der Hysterie und den hysterischen Psychoosen geäußert: "Es kann kaum einen grösseren Irrtum geben, als die Meinung, dem Verständnis der psy-

chischen Symptome dadurch näher zu treten, dass man dieselben psychologisch zu erklären versucht."

Speziell zum Begriff der "hysterischen Psychose" hat sich Freud nur en passant geäußert, z.B. im Zusammenhang einer "akuten Hysterie mit konsekutiver Überwältigung des Ichs durch Krankheitsprodukte"(22).

Breuers "Anna O." ist wohl einer der berühmtesten Krankengeschichten und zugleich eine der ausführlichsten Beschreibungen einer hysterischen Psychose aus jener Zeit. Die für die Diagnose "hysterische Psychose" wesentlichen Faktoren seien im folgenden kurz aufgezeigt: Es bestand eine familiäre Psychosebelastung. Vor dem akuten Ausbruch der Krankheit fühlte sich Anna psychisch völlig gesund. Freud weist darauf in seinem Aufsatz über die Abwehrneuropsychosen, die als weitgehend identisch mit den hysterischen Psychosen zu betrachten sind, hin: "Bei den von mir analysierten Patienten hatte nämlich psychische Gesundheit bis zu dem Moment bestanden, in dem ein Fall von Unverträglichkeit in ihrem Vorstellungsleben vorfiel, d.h., bis ein Erlebnis, eine Vorstellung, Empfindung an ihr Ich herantrat, welches einen so peinlichen Affekt erweckte, dass die Person beschloss, daran zu vergessen, weil sie sich nicht die Kraft zutraute, den Widerspruch dieser unverträglichen Vorstellung mit ihrem Ich durch Denkarbeit zu lösen."

Präpsychotisch zeigte Anna folgende, als hysterisch einzuordnende Charakterzüge: Breuer spricht von "reicher poetischer und phantastischer Begabung", sie neigte zu Wachträumen, was sie als ihr Privattheater bezeichnete und eine bestehende Verdrängungseigung offenbart. "Ihre Stimmungen hatten immer eine leichte Tendenz zum Übermaße, der Lustigkeit und Trauer, was bis zur Launenhaftigkeit gehen konnte." "Das sexuelle Element war erstaunlich unterentwickelt." Außerdem bestand eine starke Bindung an den Vater, also eine ödipale Fixierung an den gegengeschlechtlichen Eltern teil.

Ausgelöst wurde die Psychose durch die schwere Erkrankung des Vaters, dazu trat noch eine körperliche Erschöpfung als Folge der über ihre Kräfte gehenden Pflege.

Das Bild der Psychose ist überlagert von hysterischen Konversionssymptomen. Im Vordergrund standen "zwei ganz getrennt Bewußtseinszustände", die sehr oft und unvermittelt abwechselten. Die Stimmung wechselte von extremen Angstzuständen mit Halluzinationen zu relativ normalen Gemütsäußerungen, von psychomotorischer Übererregtheit zu völligem Mutismus und Nahrungsverweigerung. Nach Ablauf der Psychose erfolgte nach Breuer unvermittelt eine vollständige Heilung.

3. Die "hysterische Psychose" von Freud bis ca. 1930.

a) Uneinigkeit der Fachwelt über die Existenz einer hysterischen Psychose überhaupt.

In der nun folgenden Epoche von ca. 1895 bis ca. 1930 finden sich eine Fülle von Quellen in der Literatur zum Thema hysterische Psychose.

Noch immer besteht keine Einigkeit über den Hysteriebegriff und noch weniger über die hysterische Psychose. Während die einen sehr freigebig mit der Bezeichnung "hysterisch" sind, leugnen andere, wie z.B. Möbius(53) das Vorkommen eines hysterischen Irreseins überhaupt und erkennen nur das Delir des hysterischen Anfalls an: Vielmehr könnten Hysterische an allen Formen des Irreseins erkranken und "ihre Eigenart wird dann dem Bilde eine besondere Färbung geben".

Kraepelin(40) zitiert die Situation in der 1913 erschienenen 8.Auflage seines Lehrbuchs folgendermaßen: "Die vielfachen tiefgreifenden Meinungsverschiedenheiten, die noch immer unter den Fachgenossen hinsichtlich des Wesens der Hysterie herrschen, lassen es heute kaum möglich erscheinen, eine knappe und scharfe Begriffsbestimmung des hysterischen Irreseins aufzustellen."

b) Definition der hysterischen Psychose.

Rückblickend kann der Begriff "hysterische Psychose",

wie er sich aus den teils sehr individuellen Beschreibungen der damaligen Autoren herauskristallisiert, so umrissen werden:

Die Psychose beginnt plötzlich und dramatisch, ausgelöst durch ein Ereignis. Sie ist von relativ kurzer Dauer (selten mehr als einigen Wochen), hat eine günstige Prognose, wenn auch eine hohe Rezidivneigung, und führt nie zum Defekt.

Ihr Verlauf ist sehr vielgestaltig: Die Symptomatik reicht von Störungen der Affektivität, die von extremen Stimmungsschwankungen bis zu katatoniformen Zuständen reichen, hin zu Halluzinationen und Wahnvorstellungen vorwiegend mystisch-erotischer Färbung, Depersonalisation und grob-bizarrem Verhalten. Die affektive Rapportfähigkeit bleibt dabei auffallend gut erhalten, was sich in einer gewissen Abhängigkeit des psychotischen Verhaltens von der Umgebung manifestiert. Föllin' wies darauf hin, daß der Kranke als Schauspieler und Zuschauer zugleich "das Drama seiner Authentizität und Identität erlebt" (21)

Der Abschluß der Psychose ist meist ebenso plötzlich wie der Beginn. Der Boden, auf dem sich die hysterischen Psychosen entwickeln, ist ein unterschiedlich stark ausgeprägter hysterischer Charakter.

Gerade das letztere wurde nicht von allen Autoren einheitlich vertreten. Viele waren geneigt, jede Art von Geistesstörung, in deren Vordergrund hysterische Konversionssymptome standen, oder die in Verbindung mit einem hysterischen Anfall auftrat, als hysterische Psychose zu bezeichnen.

c) Die drei Gruppen von hysterischen Psychosen:

aa) Geistesstörung in Verbindung mit dem hysterischen Anfall.

Vor allem ältere Autoren wiesen immer wieder auf den Zusammenhang der hysterischen Psychose mit dem hysterischen Anfall hin.

Raimann(62)- er schrieb über die hysterischen Psychosen die einzige in der Literatur auffindbare Monographie - unterteilt die hysterischen Psychosen in drei Gruppen:

1. Geistesstörungen des hysterischen Anfalls, 2. das hysterische Delirium, 3. die hysterischen Dämmerzustände. Diese "prä- oder posthysterischen" oder als "Äquivalente des hysterischen Anfalls"(Mendel,52) verlaufenden Psychosen werden als "transitorische"(Décsi15, Fürstner 25) oder "acut verlaufende" Psychosen(Mendel,52) von den "chronischen hysterischen Psychosen" (Mendel,52) oder "protrahierten Fällen" (Décsi,15) abgegrenzt.

Bei den ersteren, den transitorischen oder akut verlaufenden Psychosen, die also in Verbindung mit dem

hysterischen Anfall gesehen werden, treten neben Sinnes-täuschungen melancholische und maniakalische Bilder auf, die sich oft unvermittelt abwechseln. Moravcsik (55) spricht von einem "Gemisch von halluzinatorischem Irresein und maniakalischer Exaltation". Bei den Halluzinationen stehen neben "Organgefühlen" Gesichtshalluzinationen im Vordergrund und die Patienten erleben Vorgänge aus ihrer Vergangenheit. Häufig werden Wahnideen verschiedenster Couleur gebildet: Verfolgungs- und Ver-sündigungs-ideen, Wahnvorstellungen sexueller und religiöser Färbung. Die melancholischen Zustände sind nicht weniger variabel, reichen von stuporösen, ängstlichen, agitierten, gehemmten und querulatorisch-reizbaren Bildern bis hin zu Suizidversuchen.

Am häufigsten werden maniakalische hysterische Psychosen beschrieben, mit psychomotorischen Reizzuständen, Streitsüchtigkeit und Tobsucht. Fürstner (25) beschreibt als Sonderform bei jugendlichen Hysterikern die "Moirä", die gekennzeichnet ist durch läppisches, albernes, affektinadäquates Benehmen, Manieriertheit, Verbigerationen und Logorrhoe.

Alle zitierten Autoren betrachteten diese Phänomene zunächst in engem Zusammenspiel mit mehr oder weniger deutlich ausgebildeten hysterischen Anfällen, von Fürstner (25) und Moravcsik (55) noch als hysterioepilep-

tische Anfälle bezeichnet.

Eine Sonderstellung in dieser Gruppe der hysterischen Psychosen nehmen die Dämmerzustände ein, bei denen die sonst immer vorhandenen deliranten Erscheinungen zurücktreten und die Bewußtseinstrübung im Vordergrund steht. Als Prototyp dieser Dämmerzustände gilt der noch heute manchmal zu beobachtende Ganser'sche Symptomenkomplex (Ganser, 26), der aber später nicht mehr als Psychose bezeichnet wurde. Kraepelin (39) zählte noch 1887 diese episodisch hervortretenden Dämmerzustände zu den Formen des hysterischen Irreseins und unterteilte sie in Bewußtseinsstörungen, die den Krampfanfall überdauern und sich äußerten als Nachtwandeln mit kriminellen Delikten, als "Tagwandeln", als mäßig getrübtetes Bewußtsein mit Halluzinationen und Visionen, und als Dämmerzustände mit läppischer Erregung.

Die dargelegte Auffassung von der hysterischen Psychose konnte natürlich nur solange in der Praxis von Bedeutung sein, als hysterische Anfälle vorkamen. Aber umstritten war sie von Anfang an. Neben differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei der Abgrenzung zur Epilepsie, die trotz der genauen Studien Charcots (14) über den hysterischen Anfall nie völlig beseitigt werden konnten, gab es Meinungen, die den Begriff der hysterischen Psychose für die interparoxistischen und paroxistischen psychischen Störungen ablehnten, wie z.B. Binswanger (3), der

hierfür den Begriff "larvierte Anfälle" vorzog. Er akzeptierte nur eine Auffassung von der hysterischen Psychose, wie sie sich vor allem in den folgenden Jahren mehr und mehr in den Vordergrund schob, nämlich:

bb) Die eigentlichen hysterischen Psychosen.

Es sind dies d i e Psychosen, die ohne zwingende Verbindung mit Anfällen, allein auf der Basis eines hysterischen Charakters, beschrieben wurden und auf die im folgenden Text wiederholt Bezug genommen wird.

Um diese Gruppe entbrannte sehr bald der Meinungsstreit zwischen den Symptomatologyen und Ätiologyen über die Umgrenzung des Begriffs.

Während die Symptomatologyen, unter ihnen Wernicke (73), Fürstner (25), Ziehen (78) und Raecke (61) den Begriff sehr weit faßten und den Patienten von seinem Zustandsbild her beurteilten, faßten Kraepelin (39,40) und seine Anhänger den Begriff sehr eng.

Für Wernicke waren das Bestehen hysterischer Symptome vor Ausbruch der Krankheit oder der Nachweis sogenannter hysterischer Stigmata zur Zeit der akuten Krankheit die Kriterien zur Diagnose "hysterische Psychose". Fürstner bezeichnete alle Kombinationen von Psychosen wie Melancholie, Paranoia oder Hypochondrie mit Hysterie als hysterische Psychose: "Um den verschiedenartigen Anteil der Neurose und Psychose an dem Krankheits-

bild kenntlich zu machen, kann man wohl von einer Hysteromelancholie oder einer Melancholie mit hysterischen Zügen sprechen." Gerade diese Hysteromelancholien wurden später von Hess (30) als "Melancholien des Rückbildungsalters" gedeutet.

Auch Moravcsik (55) berichtet von Fällen des chronischen hysterischen Irreseins, die in der Form von Melancholie, Manie, Stupor oder Paranoia ablaufen und bezeichnet sie als "schwache Nachahmungen der entsprechenden, nicht auf hysterischer Basis entwickelten Krankheitsbilder"; ähnlich äußert sich auch Mendel(52).

Eine Mittelstellung nimmt Binswanger (3) ein: Er spricht von maniakalischen Exaltationen, schweren Melancholien, hypochondrisch-hysterischen Krankheitszuständen und akuter und chronischer Paranoia, die bei der Hysterie auftreten können, betont aber, daß sich in solchen Fällen eine Geisteskrankheit unabhängig vom hysterischen Grundleiden, auf dem Boden einer erblichen Degeneration ausbilden könne. Er warnt vor der zu häufigen Diagnose einer hysterischen Psychose und weist darauf hin, daß das Auftreten von Genitalhalluzinationen und sexuell-erotischen Wahnvorstellungen allein noch nicht die Diagnose rechtfertige.

Kraepelin(39) wandte sich als erster gegen die Verwendung von Symptomenkomplexen und forderte das Zurückführen von Symptomen auf einen einzigen Prozeß und die Ab-

hängigkeit der Diagnose nicht nur von Symptomen, sondern auch von Ätiologie, Vorleben, Entwicklung, Verlauf und Ausgang der Krankheit.

Nissl (56) greift in einem 1901 auf einer Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte gehaltenen Vortrag die sich daraus ergebenden Diskrepanzen zum Begriff der hysterischen Psychosen zwischen den Vertretern der Linie Wernickes und derjenigen Kraepelins auf und trifft eine strenge Trennung zwischen den "einfachen Seelenstörungen mit Hysterie" und den "eigentlichen, nicht komplizierten hysterischen Psychosen, welche als selbständige Geisteskrankheiten vorwiegend degenerativen Charakters aufgefaßt werden und sich hauptsächlich aus deliranten, manischen, stuporösen, katatonischen, paranoischen etc. Zustandsbildern zusammensetzen." Er spricht sich dagegen aus, die Diagnose "hysterische Psychose" nur aufgrund irgendwelcher hysterischer Symptome bei einer Psychose zu stellen.

Die Abgrenzung der hysterischen Psychosen von den beiden endogenen Psychosen Kraepelins war in den folgenden Jahren immer wieder Gegenstand von Diskussionen und Untersuchungen. Ausgangspunkt war die Tatsache, daß sowohl bei der Schizophrenie, damals noch Dementia praecox genannt, als auch bei der manisch-depressiven Psychose hysteriforme Symptome, vor allem im Anfangsstadium

im Vordergrund stehen können. Da man also die Möglichkeit einer Kombination zweier Psychosen, wie z.B. einer hysterischen Psychose mit einer Katatonie, bestritt, auch eine Diagnose "hysterische Psychose mit katatonen Zügen" verwarf, diagnostizierte man in einem solchen Fall: "Schizophrenie mit hysterischer Anfangssymptomatik".

Die Differentialdiagnose zwischen hysterischer Psychose und Schizophrenie rechnete Binswanger (3) zu den schwierigsten Aufgaben der Psychiatrie und sie ist bis heute ein nicht vollständig gelöstes Problem geblieben. Nach 1910 war sich die Fachwelt darüber einig, daß allein die Beurteilung von Ätiologie, Ausgang und Symptomatik eine sichere Zuordnung zu einer der beiden Krankheitsformen erlaubte.

Neuropathologen wie Alzheimer und Nissl galten pathologisch-anatomische Veränderungen, nämlich ein Schwund der Nervenzellen der Hirnrinde, schon im Frühstadium der Schizophrenie als erwiesen, während bei der Hysterie keine Veränderungen der Hirnrinde feststellbar waren. Bis heute unbestritten ist indes die Anschauung, daß hysterische Psychosen nie in Defektzustände auslaufen, ein Ausgang im Defekt dagegen die Diagnose Schizophrenie, damals noch als Dementia praecox im Sinne des Wortes gesehen, notwendig macht.

Umso schwieriger der Entschluß zu einer der beiden Diagnosen aufgrund der bestehenden Symptomatik:

Viele hysterische Psychosen wurden bei einem zweiten Krankheitsschub eindeutig als Schizophrenien eingestuft, was zahlreiche katanamnestiche Untersuchungen bestätigten. Es hatte sich gezeigt, daß Symptome, die man bisher für typisch hysterisch gehalten hatte, genauso Ausdruck des schizophrenen Zustandes sein können. Vor allem katatonische und paranoische Schizophrenien liefen nach Untersuchungen Weygandts (75) jahrelang unter der Diagnose "hysterische Psychose", was nach Burgl (13) auch für die Hebephrenie zutrifft.

Popow (60) sah im "Grad der Ausbildung der einzelnen Symptome" den ganzen Unterschied zwischen den beiden Krankheitsbildern, was bei dem gezielten, oft erotischen Benehmen, sowie dem Vorkommen hysteriformer Krampferscheinungen manchen Diagnostiker verleitete, einen Schizophrenen als Hysteriker einzustufen. Für beide Krankheitsbilder postulierten Westphal (74) und Nissl (56) das Ganser'sche Symptom des Vorbeiredens, das sie bei der Schizophrenie speziell als Ausdruck des katatonischen Negativismus deuteten. Dem stimmte Kraepelin (40) im Wesentlichen zu, betonte aber, daß bei Hysterikern das Vorbeireden stets in Beziehung zur gestellten Frage stehe, im Gegensatz zu den völlig beziehungslosen Äußerungen

negativistischer Kranker.

Das sicherste differentialdiagnostische Kriterium bezüglich der Symptomatik schien Kraepelin der Affekt, der bei Hysterikern erhöht ist, was sich in einer "erhöhten Ansprechbarkeit des Gefühlsleben" mit "rascher, starker und oft auch nachhaltiger Beeinflussung durch gefühlsbetonte Eindrücke" äußere, während die Ansprechbarkeit bei Schizophrenen vermindert sei, ihre Gemütsbewegungen flach, von kurzer Dauer und wesentlich unabhängiger von äußeren Einwirkungen. Die Zerfahrenheit des Hysterikers sei Ausdruck des getrübtten Bewußtseins eines Dämmerzustandes, im Gegensatz dazu biete der Schizophrene das Bild der Zerfahrenheit bei völliger Klarheit. Die Halluzinationen des Hysterikers seien vorwiegend Gesichtshalluzinationen und kämen nur bei getrübttem Bewußtseins zustande, während bei Schizophrenen das Stimmenhören dominiere und auch bei völligem Wachseil auftrete. Das Zweigeteiltsein bei Hysterikern vergleicht Kraepelin mit getrennten Chören, die unabhängig voneinander singen, das der Schizophrenen mit einem Orchester ohne Dirigenten, d.h., der Hysteriker verdrängt "ganze Gebiete des Seelenlebens vorübergehend aus dem Zusammenhange mit dem Bewußtsein", diese Gebiete arbeiten aber unverändert weiter; bei der Dementia praecox bleibt

dieser Zusammenhang erhalten, wohl aber verlieren die seelischen Leistungen die innere Führung untereinander. Als ultima ratio aus gelegentlich unüberwindlichen differentialdiagnostischen Schwierigkeiten empfiehlt Kraepelin die Beurteilung der "psychischen Reaktion der Pupillen", die bei der Dementia praecox erloschen sei. Bleuler (9) nimmt eine gewisse Sonderstellung zu diesem Thema ein. Er zählt alle von den anderen Autoren als hysterische Psychosen beschriebenen Zustände zur Schizophrenie.

Weniger Diskussionen gab es um die Abgrenzung der hysterischen Psychose vom manisch-depressiven Irresein. Das für die Unterscheidung von der Schizophrenie sicherste Merkmal, nämlich ein Ausgang in einen Defekt, traf für die manisch-depressiven Psychosen nicht zu. Dies erklärt vielleicht, warum die Annahme einer Kombination von hysterischen Psychosen mit dem circulären Irresein nicht auf so erbitterte Gegner stieß, wie die Kombination mit der Schizophrenie. Heinicke (29) begründete das Vorkommen einer derartigen Kombination mit "der gleichen endogenen Ursache, nämlich der degenerativen Basis". Hereditäre Zusammenhänge zwischen diesen beiden Krankheiten sah auch Bumke (12). Schroeder (65,66) faßte die hysterischen

Psychosen mit den manisch-depressiven Psychosen und den Degenerationspsychosen, die eine Mittelstellung zwischen den beiden letzteren einnahmen, zum Degenerativen Irresein zusammen, das er der Dementia praecox in Erweiterung der Kraepelinschen Systematik gegenüberstellte, aufgrund folgender gemeinsamer Unterschiede gegenüber der Dementia Praecox:

- 1) Phasenhafter Verlauf (nichts Prozeßhaftes);
- 2) Sie führen nicht schicksalsmäßig zu einem geistigen Defekt;
- 3) Sie erwachsen auf dem Boden einer nachweisbaren Degeneration.

Als wesentlichen Unterschied innerhalb dieser Gruppe hob Schroeder die reaktiv-labile Entstehungsweise der hysterischen Psychosen hervor, während er in den manisch-depressiven Psychosen vorwiegend "autochthone Zustände" sah.

Aber auch hier gab es unterschiedliche Meinungen. Während Bumke (12) hysterische Züge in der Vorgeschichte für notwendig hielt, um die Diagnose "hysterische Psychose" zu stellen, wurde sie für Weygandt (75) schon durch das Vorliegen hysterischer Symptome außerhalb der Phasen gerechtfertigt. Imboden (34) trennte psychogene Zustandsbilder ohne typisch manische Ideenflucht und ohne psychomotorische Hemmung von hysteriformen Zu-

standsbildern der Zykllothymie ab.

Binswanger (4) schließlich hob als allgemeine Abgrenzung der hysterischen Psychose, nicht nur von der Schizophrenie, sondern auch von den verschiedenen Formen des manisch-depressiven Irreseins die Merkmale der Psychogenie hervor: "Diese sind: Ausbruch der Psychose im Anschluß an eine gemütliche Erregung, Wiederkehr der gleichen Symptome bei ähnlichen Gelegenheiten oder zu bestimmten Zeiten; leichte Beeinflußbarkeit und dadurch geschaffene Möglichkeit, auf Inhalt, Stärke und Ablauf der Störung einzuwirken, der regellose Wechsel der mannigfachen Zustände... die nahen Beziehungen der Krankheitserscheinungen zum Wesen der Person in der anfallsfreien Zeit, das Theatralische, Beachtung herausfordernde, an Simulation erinnernde Gebahren, schließlich das plötzliche Ende an bestimmten Maßnahmen." Binswanger bezeichnet die hysterischen Psychosen daher oft als Situationspsychosen. Die Psychogenie gehört somit untrennbar zum Bild der hysterischen Psychose. Sommer ging sogar so weit, psychogen gleich hysterisch zu setzen, was aber keinen Anklang fand.

cc)Die Zweckpsychosen.

Ab hier gibt es fließende Übergänge von den eigentlichen hysterischen Psychosen zu dne sogenannten Zweckpsychosen, die einen mehr oder weniger deutlichen äußeren Gewinn

anstreben und die ich als 3. Gruppe der hysterischen Psychosen abgrenzen möchte.

Psychogenie und Zweckhaftigkeit standen im Vordergrund all jener Psychosen, die von Bonhoeffer(11) als Wunschpsychosen, von Wilmanns(76) als Schreck-, Unfall-, Haft-, Erschöpfungs-, Wochenbett-, Brautzeit-, Katastrophen-, Erdbeben- oder Kriegspsychosen beschrieben wurden. Villinger (72) trifft eine deutliche Unterscheidung zwischen den psychogenen, nicht hysterischen Psychosen auf normalpsychologischer Grundlage und den hysterischen Psychosen. Beiden gemeinsam ist ein psychisches Trauma als auslösendes Agens. Hauptunterschied ist die Zweckhaftigkeit der hysterischen Psychose, die einen äußeren Krankheitsgewinn anstrebt und die Psychose als Mittel zum Zweck benutzt. Im Gegensatz dazu wird bei der nichthysterischen, psychogenen Psychose ein innerer Konflikt ausgetragen, wobei es um keine äußeren Vorteile geht, sondern um ein "Ringens um einen festen Boden, auf dem ein neues Leben aufgebaut werden kann". Viele reaktive Psychosen, wie z.B. die Haftpsychosen oder die vor allem im ersten Weltkrieg auftretenden Kriegspsychosen, wurden wegen ihrer Zweckhaftigkeit als hysterisch bezeichnet, wenn auch manche Autoren den Ausdruck "traumatische Neurose" oder "Kriegsneurose" vorzogen. In diesem Zusammenhang weist Pönitz(58,59) darauf hin, daß derartige Psychosen in Gefangenenerlagern kaum vorkämen und er auch

noch keine Kriegerswitwe erlebt hätte, die bei der Nachricht vom Tode ihres Mannes eine hysterische Psychose entwickelt hätte, da in solchen Fällen Wunschtendenzen keine Aussicht auf Erfolg hätten. Jaspers (36) fordert für die Zweckpsychosen eine spezifische Veranlagung oder Begabung, die er als hysterisch bezeichnet, betont aber, daß diese bei völlig verschiedener Konstitution, Persönlichkeit und Charakter auftreten.

Die "Abhängigkeit von äußeren Einflüssen" betont Birnbaum (5,6,7,8,) für seine auf degenerativ-hysterischem Boden erwachsenden Wahnpsychosen. Moerchen (54) sieht in der hysterischen Psychose eine "Pseudopsychose" als "letzten Ausweg und Schutz vor der Blamage des Unterliegens".

Tatsächlich war auch gerade in Verbindung mit Strafverfolgung und Strafvollzug die Rede von den hysterischen Psychosen, und neben Spezialwerken, wie das Handbuch Burgls (13) behandeln allgemeine Handbücher der gerichtlichen Psychiatrie, wie das von Hoche (33) oder spezielle Veröffentlichungen (Binswanger, 2) die forensische Bedeutung der hysterischen Psychosen, denn neben Fahnenflucht und Reaktionen im Kriege waren auch in Friedenszeiten oft schwere Delikte im Zusammenhang mit hysterischen Psychosen zu beurteilen und vor allem eine Simulation auszuschließen.

4. Abnahme der Diagnose "hysterische Psychose" in der Literatur nach 1930.

Nach 1930 läßt sich eine deutliche Abnahme der Zahl der Veröffentlichungen über hysterische Psychosen nachweisen. Einer der Hauptgründe liegt wohl im Abnehmen der Diagnose Hysterie, dessen notwendige Parallele ein Abnehmen vor allem derjenigen hysterischen Psychosen mit sich brachte, die man in notwendiger Verbindung mit hysterischen Anfällen gesehen hatte.

Zur Abnahme der Diagnose Hysterie Zahlen aus der Universitätsnervenklinik München:

	Aufnahmen insges. in Zahlen=100%	Aufnahmen mit Diagnose Hysterie in Zahlen	in%
Männer			
1917	744	90	12,09%
1970	1 845	27	1,46%
Frauen			
1917	778	109	14,10%
1970	1 319	21	1,59%

Die Neurose Hysterie ist heute weitaus seltener als vor etwa 50 Jahren. Während unter den Teilnehmern des 1. Weltkrieges noch sogenannte Massenhysterien beobachtet wurden (Baeyer,1), fehlten solche Erscheinungen im 2. Weltkrieg völlig.

Die Phänomenologie der hysterischen Erscheinungen hat sich

Winkler(30) spricht von einem Wechsel der Darstellungsformen zu den Intimformen. Die hysterischen Psychoreaktionen, vielfach als Mobilisierung phylogenetisch alter Reaktionsformen bezeichnet, haben einen Stilwandel erfahren, eine Verlegung der Symptomatik von außen nach innen(Kranz,41). Im sozialmedizinischen Bereich begegnen heute dem Gutachter funktionelle und organische Krankheitsmuster, und seelische Störungen treten erheblich hinter organoneurotischen oder vegetativen Störungen zurück(Dietrich,16). Auch bei Kindern beobachtet Stutte(71) die Abnahme hysterischer Phänomene, denn wenn die Erwachsenen nicht mehr so reagieren, fehlt den Kindern das Modell.

Die Gründe für diesen Symptomwandel liegen auf soziokulturellem Gebiet. 1934 hatte Slotopolsky-Dukor (69) hierzu von einer "zunehmenden Versachlichung unserer Kultur gegenüber der verflochtenen Gartenlaubezeit" gesprochen. Der Zerfall der paternären Gesellschaftsordnung gegen Ende des 19. Jahrhunderts mit der Lockerung der bis dahin strengen Verhaltensschemata war vor allem für die Frau, aber auch für den Mann, verbunden mit einem Verlust an Sicherheit und Geborgenheit: Dazu parallel das gehäufte Auftreten der Hysterie. Diese Anschauung läßt sich erhärten durch die Beobachtung, daß heute wieder hysterische Reaktionen vermehrt bei Stämmen primitiver Kulturen auftreten, wo ein vergleichbarer gesellschaftlicher Umbruch stattfindet(Langness,44). Den Rückgang hysterischer Phänomene erklärt Winkler (77) mit der zunehmenden Vermassung, dem herr-

schenden Perfektionismus und der Hektik im zwischenmenschlichen Bereich, wie sie das Industriezeitalter mit sich brachte. : "Der Appell an das Mitgefühl der Mitmenschen findet nicht mehr ohne weiteres ein Echo. So verpufft auch die hysterische Gebärde ins Leere, ist nutzlos geworden." Kurz, die hysterischen Phänomene sind nicht mehr zeitgemäß. Redlich-Freedman (63) schreibt vom modernen Typus des Hysterikers", der keine dramatischen Konversionssymptome zeigt und deswegen übersehen wird oder zu den Menschen mit Beatnik-Philosophie gehört, deren Borderline-Merkmale vor allem Verantwortungslosigkeit oder die Faszination am Spielerischen sind.

Eine Änderung der Diagnosestellung erfuhren die eigentlichen hysterischen Psychosen, die ohne Verbindung mit Anfällen beschrieben worden waren. Wie die zum Teil schon oben zitierten Veröffentlichungen vor 1930 bewiesen, versuchte man in der deutschen Psychiatrie, alle psychotischen Zustandsbilder, abgesehen von den exogenen, in die beiden endogenen Formenkreise Kraepelins einzugliedern, um so eine bessere Übersicht über die bis dahin mit vielfachen Bezeichnungen versehenen Krankheitsbilder zu bekommen. Seit die Dementia praecox als Schizophrenie Bleulers nicht mehr notwendigerweise im Defekt enden mußte, wurden viele der älteren Krankheiten und zunächst auch ein Großteil der hysterischen

Psychosen aus der zweiten Gruppe in den großen Topf der Schizophrenie geworfen.

Dazu kam, daß die Bezeichnung "hysterisch" mit der Zeit einen negativen Beigeschmack bekommen hatte, was Schneider (64) folgendermaßen kommentierte: "Man übertreibt nicht, wenn man sagt, daß der praktische Arzt fast alle psychopathischen Persönlichkeiten und abnormen Reaktionen, die ihm vorkommen, entweder als Neurasthenie oder als Hysterie bezeichnet und zwar ist es dann so, daß die männlichen Fälle als Neurastheniker, die weiblichen als Hysteriker bezeichnet werden, oder daß der Arzt die Fälle, die ihm menschlich unsympathisch sind, Hysteriker heißt, und die Leute, die ihm sympathisch sind und die er als krank gelten lassen will, Neurastheniker." Diese Tatsache führte immer mehr dazu, daß manche Psychiater den Begriff bewußt vermieden, um kein ungewolltes Werturteil zu fällen.

Auch der Begriff der Psychose erfuhr mit der Zeit eine Einengung und nicht alles, was vor 50 Jahren als Psychose bezeichnet wurde, erfüllt unsere heutigen Kriterien einer Psychose.

III. Teil 2: Die Bedeutung des Krankheitsbildes jener
eigentlichen "hysterischen Psychose" und
dessen Standpunkt im modernen Schema.(oder:
An welchen Formen von schizoaffektiven Psycho-
sen erkranken hysterische Persönlichkeiten
bevorzugt?).

1. Die Bedeutung von hysterischer Neurose und hysterischem
Charakter als prämorbid Faktoren für eine Psychose.

Die Frage, inwieweit eine hysterische Neurose eine erhöhte Erkrankungs-wahrscheinlichkeit an einer Psychose bedeutet, wird in der Literatur unterschiedlich beantwortet. Nach Kretschmer(43) häufen sich "psychopathische Störungen und Psychosen im familiären Umkreis von Neurosen, im besonderen von Hysterien", eine Anschauung, die auch von den im ersten Teil der Arbeit zitierten älteren Autoren fast durchweg vertreten wird und als degeneratives Moment hervorgehoben wird.

Auf ganz andere Ergebnisse weist Ernst (17, 18) hin, der neuere Untersuchungen veröffentlichte, nach denen die Erkrankungs-wahrscheinlichkeit an endogenen Psychosen für Neurotiker (er berichtet auch über eine Untersuchung an hospitalisierten Hysterikern) gegenüber der Gesamtbevölkerung nicht signifikant erhöht ist. Eine Ausnahme bilden die Zwangsneurotiker. Für Hysteriker trifft eher eine Umwandlung in einen anderen Neurose-

typus zu, meist in eine Organneurose oder ein psychosomatisches Leiden, also ein Wandel "von der Gebärde zur Beschwerde".

Als nächstes erhebt sich die Frage, welche Rolle die hysterische Persönlichkeit, bzw. der hysterische Charakter in Bezug auf die hysterische Neurose, bzw. Konversionshysterie und die hysterische Psychose spielt. Der "hysterische Charakter" ist nach E.Kretschmer(42) ein Kunstprodukt, d.h., es existiert gar kein derartiger Einheitstypus. Die Fähigkeit, hysterisch zu reagieren, ist bei den verschiedensten Persönlichkeiten vorhanden, sie liegt als tief verwurzelter Instinktmechanismus in jedem Menschen bereit. Für viele hysterische Reaktionen ist daher nicht der Charakter, sondern **M i l i e u** und **E r l e b n i s w i r k u n g e n** die Hauptsache.

Ob man nun zur Auffassung der Psychoanalytiker tendiert, nach der sich die hysterische Fehlhaltung zwischen dem vierten und sechsten Lebensjahr, in der Zeit der Konfrontation kleinkindlichen Wunschdenkens mit der Realität, manifestiert, oder zur Ansicht Kretschmers neigt, der die hysterische Veranlagung aus einem Reifungsproblem der Frühpubertät ableitet, die resultierenden Persönlichkeitsmerkmale sind etwa dieselben und äußern sich in den Hauptphänomenen von Psychogenie

und Tendenziösität verbunden mit Primitivreaktionen in Form biologischer Radikale.

Vom "hysterischen Charakter", also der Disposition zum hysterischen Reagieren, führen zwei voneinander völliggetrennte Wege, der eine zur hysterischen Neurose, der andere zur hysterischen Psychose. Das soll nicht ausschließen, daß es bei vielen Persönlichkeiten bei der hysterischen Disposition allein bleibt. Dieses Bild soll nur deutlich machen, daß hysterische Neurose und hysterische Psychose, wenn sie einmal bestehen, nichts miteinander zu tun haben.

Die Disposition, hysterisch zu reagieren, als auch das häufige Fortschreiten in eine der beiden Richtungen, trifft vor allem auf Frauen und Jugendliche zu. Die Gründe für das Überwiegen des weiblichen Geschlechts liegen in der im Vergleich zum männlichen Geschlecht schwächeren Konstitution, die sich in einer Labilität der körperlichen und seelischen Funktionen äußert.

Die Ursache für das gehäufte Auftreten sowohl der Neurose als auch der Psychose im zweiten und dritten Lebensjahrzehnt liegt hauptsächlich in der Art der auslösenden Konflikte begründet: Für beide Krankheiten sind dies neben Schreck- und Paniksituationen vor allem Sexualkonflikte, die gerade in diesem Alter, bedingt durch Pubertät, erste Liebesbeziehungen und

und schließlich Ehe, aktuell sind. Gerade für die Frau, die - vor allem in der Vergangenheit -, umgeben von sexuellen Tabus aufwuchs und die oft nicht wie der Mann die eigene Sexualität bewußt erlebt, haben diese Erlebnisse eine besondere Bedeutung.

Es stellen sich also sowohl für die Neurose, als auch für die Psychose neben einer gleichen oder ähnlichen Disposition weitgehend ähnliche Auslösefaktoren und bei beiden eine Bevorzugung des jüngeren Alters und des weiblichen Geschlechts dar.

Wer erkrankt nun an einer Neurose, wer erkrankt an einer Psychose? Für die "engeren Hysterien" fordert E.Kretschmer(43) eine e n d o g e n e Veranlagung, und e n d o g e n e n Ursprungs, das heißt mit nachweisbarer familiärer Belastung stellen sich uns auch die heutigen cycloiden Psychosen dar, unter denen ich die eigentlichen hysterischen Psychosen vermute.

2. Die hysterische Psychose und die psychogenen Psychosen Faergemans(19).

In neueren Arbeiten über die hysterischen Psychosen (Follin u.a. 21, Storck70) wird immer wieder auf ihre Stellung zwischen den manisch-depressiven und schizophrenen Psychosen hingewiesen. Die Stimmen, die eine Erweiterung der Kraepelinschen Systematik forderten, wurden vor allem in der amerikanischen und skandina-

vischen Psychiatrie laut. Seit Kasanin 1933 den Begriff der schizoaffektiven Psychose für den Bereich zwischen den beiden grossen endogenen Formenkreisen schuf, haben sich zunächst vor allem in der nicht-deutschsprachigen Psychiatrie eine Reihe von älteren Begriffen neben neuen Begriffen wieder durchgesetzt.

Auf die Bedeutung der Psychogenie bei den hysterischen Psychosen vor 1930 bin ich bereits eingegangen. Im folgenden möchte ich versuchen, die Beziehungen der hysterischen Psychosen zu den heutigen psychogenen Psychosen, die sich vor allem in der skandinavischen Psychiatrie einen nicht unwichtigen Platz in der Diagnostik erobert haben, kurz darstellen. Mit den hysterischen Psychosen haben sie folgendes auf den ersten Blick gemeinsam (Ich beziehe mich auf die psychogenen Psychosen Faergemans): Es erkrankten vorwiegend jüngere Frauen. Die Auslösung der Psychose erfolgt psycho-reaktiv. Ihre Dauer reicht von wenigen Stunden bis wenigen Monaten, und die Abgrenzung von der Schizophrenie ist bisweilen recht schwierig.

Ich möchte hier nicht näher auf die Uneinigkeiten über die Definition von "psychogen" eingehen. Faergeman umreißt seine psychogenen Psychosen etwa so: Es handelt sich um reaktive, einfühlbare Psychosen, in deren Mittelpunkt eine emotional überbewertete Idee steht, und

die sich im Gegensatz zur Schizophrenie durch das Fehlen von Autismus und formalen Denkstörungen auszeichnen. Als Ursachen der Psychose wirken eine psychopathische Konstitution, ein psychisches Trauma und ein innerer Konflikt, häufig sexueller Art, zusammen. Faergeman weist darauf hin, daß die degenerativen Psychosen der älteren Literatur zum Teil identisch mit den psychogenen Psychosen sind; ein wesentlicher Unterschied bestände nur darin, daß bei den ersteren das Hauptgewicht auf die psychopathische Konstitution gelegt werde, während dieser Faktor bei den psychogenen Psychosen erst nach dem psychischen Trauma und dem inneren Konflikt rangiere.

Vom Konstitutionstypus her überwiegen eindeutig leptosom-asthenische Patienten. In 75% der Fälle waren familiäre psychopathische Belastungen vorhanden. Prä-morbid fand Faergeman in den meisten seiner Fälle von der gesunden psychischen Konstitution abweichende Persönlichkeiten, unter ihnen am häufigsten explosive Charaktere, launenhaft und erethisch, mit Neigung zu plötzlichen hysterischen Anfällen, Somnambulismus und Primitivreaktionen, oft gepaart mit selbstbewußten und unsteten Zügen.

Nach den Darstellungen Faergemans, vor allem auch bei näherer Betrachtung der kurzen Casuistiken, erscheint die Annahme gerechtfertigt, daß unter diesen psychogenen Psychosen auch die hysterischen Psychosen ihren Platz gefunden haben.

Faergeman ordnet auch die in neuerer Zeit von Langness(44) als hysterische Psychosen beschriebenen "exotic psychoses" seinen psychogenen Psychosen unter. Das bunte Bild der psychogenen Psychosen komme einfach dadurch zustande, daß ein traumatisches Ereignis, wie etwa das Erscheinen eines Geistes um Mitternacht, von einem Oxford-Professor, einem Mississippi-Neger, einem Eskimo oder einem New-Yorker Callgirl unterschiedlich verarbeitet würde, und zuletzt seien es doch die individuellen konstitutionellen Faktoren, welche das Bild der Psychose endgültig festlegten.

3. Die hysterische Psychose und die cycloiden Psychosen Leonhards(45,46,47,48,49,50).

Die individuelle Prägung des psychotischen Zustandsbildes fordert auch Leonhard für seine cycloiden Psychosen. Er hat in der deutschen Psychiatrie die Gedanken Wernickes(73) und vor allem Kleists(38) weitergeführt und mit seinen cycloiden Psychosen das Gebiet zwischen der Schizophrenie und den manisch-depressiven Psychosen erfaßt. Kleist ging bei der Beschreibung dieses Gebietes vor allem auf die Degenerationspsychosen zurück, die er auch atypische Psychosen nannte, vor allem auf diejenigen von ihnen, die sich klar vom manisch-depressiven Irresein abgrenzen ließen, und in dieser Gruppe spielen nach der Einteilung Schroeders(65,66)

die hysterischen Psychosen eine nicht unwesentliche Rolle.

So läßt sich der Weg, den die hysterischen Psychosen der Gruppe 2 in der deutschen Psychiatrie gingen, geschichtlich verfolgen.

Zunächst möchte ich auf die Analogien der Symptomatik eingehen:

Daß psychoreaktive Faktoren als auslösendes Moment bei den hysterischen Psychosen eine wichtige Rolle spielen, ist unbestritten. Trotzdem läßt der phasenhafte Verlauf an das Mitspielen endogener Komponenten denken. Dazu kommt eine meist familiäre Psychosebelastung. Dies trifft auch für die cycloiden Psychosen zu, bei denen neben endogenen Faktoren häufiger als bei den beiden anderen endogenen Psychosen psychoreaktive Faktoren mitspielen.

Wie aus den bisherigen Ausführungen hervorgeht, war die Differentialdiagnose der hysterischen Psychosen gegenüber den beiden endogenen Formenkreisen Gegenstand der Uneinigkeit unter den Psychiatern. Die melancholischen und manischen Symptome schienen eine Zuordnung zum cyclothymen Bereich, die katatonen, paranoiden und halluzinatorischen Symptome eine Zuordnung zum schizophrenen Bereich zu rechtfertigen. In der Folgezeit wurden die hysterischen Psychosen oft zu den Schizophrenien gezählt, ein Schicksal, dem der cycloiden

Psychosen ähnlich: Leonhard (50) berichtet von 41 an cycloiden Psychosen erkrankten Patienten seiner Klinik, von denen 39 bei früheren stationären Aufenthalten, als die Klinik noch nicht unter seiner Leitung stand, als Schizophrenien behandelt wurden. Man könnte nun dazu neigen, derartige Überlegungen als unerhebliche diagnostische Querelen abzutun. Für einen Patienten ist es aber keineswegs von geringer Bedeutung, ob er als Schizophrener eingestuft wird, womit zugleich eine meist ungünstige Prognose wie ein drohendes Ungeheuer auf ihn lauert, oder ob eine Diagnose mit günstiger Prognose, wie die einer cycloiden oder die einer hysterischen Psychose gestellt wird.

"Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt" zitiert Griesinger (28) 1892, um den hysterischen Charakter zu kennzeichnen. Dasselbe Goethezitat drückt für Leonhard (48) 70 Jahre später die Grundstimmung des "überschwenglichen Temperamentes" aus. Daraus ist zu ersehen, daß vieles, was in der älteren Psychiatrie als hysterisch bezeichnet wurde, heute nicht mehr so genannt wird. Das "überschwengliche Temperament" ist für Leonhard die präpsychotische Veranlagung zur Angst-Glückpsychose. Im folgenden soll versucht werden, einige bedeutsam erscheinende Parallelen zwischen dieser cycloiden Psychose und der eigentlichen

hysterischen Psychose aufzuzeigen. Dabei sei auf drei Autoren Bezug genommen:

Griesingers(28) hysterische Dysthymie (1892),

Fürstners(25) hysterische Paranoia (1901),

Raeckes(61) Raptus hystericus (1905).

Ihre gemeinsame Abhandlung bedeutet nicht, daß die genannten drei Krankheitsbilder in sich völlig identisch sind, doch die Tatsache, daß sie von den genannten Autoren als Unterform der hysterischen Psychose abgegrenzt wurden und eine im wesentlichen gleichartige Symptomatik aufweisen, läßt ein solches Vorgehen als gerechtfertigt erscheinen.

Zu Beginn sei auf einige Charakteristika der Angst-Glückspsychose hingewiesen, die auch für die hysterische Psychose zutreffen: Hierher gehört die Vielgestaltigkeit der Symptomatik: Die Angst-Glückspsychose muß nicht nur von ihrer speziellen Symptomatik beherrscht werden. Häufiger als bei den anderen cycloiden Psychosen, der Motilitätspsychose und der Verwirrtheitspsychose, treten bei ihr Bilder auf, die Ähnlichkeit mit den anderen cycloiden Psychosen haben, oder an die manisch-depressiven Psychosen erinnern. Auf das Vorkommen mannigfaltigster Symptome bei der hysterischen Psychose hat auch Kraepelin(39,40) hingewiesen, und die ausgewählten drei Autoren haben bei ihrer Einteilung der hysterischen Psychosen immer wieder Über-

gänge zwischen den einzelnen Formen aufgezeigt.

Ein wesentliches Merkmal der Angst-Glückspsychose ist die überaus erhöhte und labil Affektivität. Dazu schreibt Leonhard (47): "In einer Stunde können die Kranken in höchster Angst durch den Saal rennen, in der nächsten können sie ruhig Auskunft geben und vielleicht sogar durch ein Lächeln bemüht sein, ihre Beruhigung zu beweisen!" Ganz banale Vorgänge in der Umgebung, wie etwa die Blutentnahme bei einem Mitpatienten, können einen Stimmungsumschwung zur Folge haben.

Bei den hysterischen Psychosen bezeichnet Raecke eine derartige Haltung als "Masslosigkeit des Affekts" und alle drei Autoren heben den unmotivierten Umschlag der Gefühle besonders hervor. Raecke: "Sie achten scharf auf alle Vorgänge in der Umgebung, sind leicht zu beeinflussen und abzulenken. Sie behalten in ihrem tiefsten Schmerz Sinn für Humor, können mitunter ganz plötzlich heiter scherzen."

Paranoische Angst beherrscht die Angst-Glückspsychose, begleitet von hypochondrischen Erlebnissen wie Kribbeln, Hitzegefühl und anderen Mißempfindungen. Auch Fürstners hysterische Paranoia ist geplagt von hypochondrischen Fahnideen, Griesingers Dysthymie kennzeichnet "schreckhafte Angst" mit "Perversitäten der Empfindung" und Raeces *Lapetus hystericus* ist geprägt von nächtlichen

Angstanfällen mit "Oppressionsgefühlen" und Herzklopfen. Leonhards Angst-Glückpsychose leidet an Mißtrauen, Eigenbeziehungen, Verfolgungsideen und Umdeutungen, wobei die Übergänge zu illusionären und halluzinatorischen Erlebnissen fließend sind. Fürstners Patient fühlt sich benachteiligt und geschädigt von anderen, geschlechtlich mißbraucht, verfolgt und angegriffen, und auch er erlebt den Ausbau der Wahnideen durch Sinnes-täuschungen. Die Angst des Dysthymikers Äußert sich vor allem als Versündigungswahn, der Patient glaubt sich von Gott verstossen und dem Satan übergeben, und unbedeutende Umstände sind auch hier der Aufhängepunkt für ausgedehnte Wahngebilde. Raeckes Patient schließlich sieht die Ursache seines Elends in der Mißgunst der Angehörigen und in gräßlichen Traumbildern bis wirklichen Visionen erscheinen ihm Mörder und drohende Gestalten.

Die Angst beherrscht also das Bild, und zwar steht sie zum Erleben des Kranken in durchaus adaequatem Ausmaß, und der Patient sieht sie in den Vorgängen seiner Umgebung begründet. Der unmittelbare Ausdruck der Angst variiert bei der Angst-Glückpsychose ebenso stark wie bei der hysterischen Psychose: Griesingers Patient "wird unruhig, vermag nicht auf dem Platz zu bleiben, und irrt zwecklos, von schreckhafter Angst benommen, umher."

Raeckes Kranke "laufen laut stöhnend und jammernd umher, wälzen sich am Boden, raufen die Haare, stossen den Kopf gegen die Wand, beklagen in zahllosen Wendungen ihr unverdient grausames Geschick..."

Der andere Pol, die Glückspsychose, ist nach Leonhard ausgezeichnet durch ekstatische Verstimmungen und Glücksideen, zu denen sich Beziehungsideen und Sinnes-täuschungen gesellen können. Der Patient fühlt sich zur Göttlichkeit erhöht, "Frauen wollen gelegentlich nicht selbst tätig sein, sondern durch ihr Kind wirken, wie Maria durch Jesus". Dem entsprechen bei Fürstner Wahnideen sexueller und erotischer Art, wie "geschlechtliche Beziehungen zu Christus, zu dem heiligen Geist". Griesingers Glückszustand erscheint weniger typisch: "Die Kranke singt, erzählt, hält Monologe in riesig schnellem Tempo mit laut schreiender Stimme." Inwiefern hier wirklich ekstatische Gefühle vorlagen, läßt sich aus den kurzen Angaben schwer beurteilen. Raeckes Patienten zeigen erotische Züge, "schmiegen sich an den Arzt, küssen ihm die Hand, legen Werth auf malerische Gesten und Posen".

Der Übergang zwischen den beiden Phasen findet jeweils unvermittelt und rasch statt. Auffallend ist die religiös-erotische Färbung der Wahninhalte, die sowohl für die Angst-Glückspsychose, als auch für die hyste-

rische Psychose typisch ist. Es kommt bei der Angst-Glückpsychose auch nicht selten vor, daß sich die Patienten sozial oder politisch berufen glauben, und glauben, irgendeine Mission erfüllen zu müssen, was eindeutig ein paranoischer Zug ist, den Fürstner auch bei seinen hysterischen Paranoikern hervorhob, die glauben, eine glänzende Position erringen zu müssen.

Als nächstes seien Parallelen der Motilitätspsychose mit Formen der hysterischen Psychose aufgezeigt. Schon Wernicke(73) wies auf Fälle von relativ kurzdauernder akinetischer Motilitätspsychose bei Hysterikern hin, und bei den Hyperkinesen fand er ein menstruelles Rezidivieren, was Leonhard auch für seine Motilitätspsychosen bestätigt fand. Griesinger bezeichnet seine "hysterischen Exaltationszustände" zum Teil als "Hyperthymia menstrualis" und auch Fürstner sieht in den Menses ein auslösendes Agens für seine "hysterische Melancholia".

Nach Leonhard tritt bei dieser cycloiden Psychose vor allem der leptosome Typ in den Vordergrund. Der Prototyp des hysterischen Charakters ist nach Klein(37) leptosom-asthenisch, ein Faktor, der in engem Zusammenhang mit dem Infantilismus der Hysteriker gesehen werden muß.

Leonhard selber betont, daß gelegentlich leicht Motilitätspsychosen wegen ihres übertriebenen hysteri-

schen theatralischen Gebarens verkannt werden. Er berichtet über eine Untersuchungsreihe von Motilitätspsychosen, die früher als Hebephrenien oder als Katatonien diagnostiziert worden waren. Auch die hysterischen Psychosen Raeckes und Wernickes wurden von anderen Psychiatern, wie z.B. Nissl, als Katatonien oder Hebephrenien bezeichnet.

Bei jugendlichen Hysterikern beschreibt Fürstner die "Moirä", bei der sich kindlich-läppisches Verhalten zeigt, kombiniert mit motorischer Erregung, zwecklosem Herumlaufen, Grimassieren und Zerstörungsdrang.

Raecke grenzt diese Moirä von der Katatonie ab: der alberne Negativismus, der hier gespielt würde, sei weder mit dem triebhaften Streben des Katatonikers identisch, sondern der Patient spiele eine übermütige Komödie. Wichtig für die Differentialdiagnose Katatonie-Motilitätspsychose ist die affektive Resonanz, die bei der letzteren voll erhalten ist.

Nach Leonhard zeigen gerade Motilitätspsychotiker auch in gesunden Tagen einen Hang zu Clownereien und Faxen, der dann während der Erkrankung eine Steigerung erfährt. Reine Motilitätspsychosen mit rein psychomotorischer Hyperkinese sind äußerst selten. Häufig treten Symptome der Verwirrtheitspsychose hinzu, was sich z.B. in einem inkohärenten Rededrang während der Hyperkinese

äußert.

Fürstner erwähnt hier raptusartige Zustände, Raecke berichtet von "blindem Toben mit Schreien, Schlagen, Beissen, Umherwälzen..." und Griesinger schreibt von einer "Lebhaftigkeit der Gesten und des Mienenspiels".

Ein anderes Mal bietet der Patient ein völlig apathisches Bild. Raecke schildert einen Fall mit Flexibilitas caerea und Analgesie(auch Akinetiker wehren leichte Hautreize nicht ab!).

Von der echten Manie werden die hyperkinetischen Zustände durch das Fehlen von Ideenflucht und Beschäftigungsdrang abgegrenzt.

Die Leonhardsche Verwirrtheitspsychose findet weniger Parallelen in den Formen der hysterischen Psychose. Ihre Symptome erscheinen vielmehr verquickt mit den vorherrschenden Angst- bzw. Motilitätssymptomen, und hysterische Persönlichkeiten scheinen beinahe prädestiniert für die beiden letzteren Symptomgruppen.

Um der durch die geschichtliche Verfolgung der Begriffe geweckte und durch die unübersehbaren Parallelen in der Symptomatik bestärkte Vermutung, daß unter den heutigen cycloiden Psychosen jene eigentlichen hysterischen Psychosen des frühen zwanzigsten Jahrhunderts untergetaucht sind, weiter nachzugehen, wurden Krankengeschichten cycloider Patienten im Hinblick

auf ihre prämorbidie Persönlichkeitsstruktur durchgesehen. In einigen Fällen war es nicht möglich, aus den überaus knappen Angaben ein Bild des präpsychotischen Patienten zu erhalten. In anderen Fällen ergaben sowohl differenzierte Angaben der Patienten selbst oder ihrer Angehörigen genügend Anhaltspunkte, um auf Grundzüge der Persönlichkeit schließen zu können. Es wurde ganz gezielt nach hysterischen, oder wie Leonhard sagt, demonstrativen Wesenszügen gesucht, wobei aber auch Fälle mit schizoiden, übernachhaltigen oder unauffälligen Charakterzügen angetroffen wurden. Untersuchungsmaterial waren die Fälle mit der Diagnose 295/7 im Jahr 1972 an der Universitätsnervenklinik München. Über die Häufigkeit der Diagnose 295/7 geben folgende Zahlen von 1972 Auskunft.

	Aufnahmen insgesamt in Zahlen=100%	Aufnahmen mit der Diagn.295/7 in Zahlen	in %
Männer	1 825	21	1,15%
Frauen	1 326	26	1,96%

Auf hysterische Wesenszüge stieß ich vor allem bei den weiblichen Patienten, darunter vor allem bei sechs Patientinnen, deren Problematik im folgenden einzeln skizziert sei.

Patientin 4 (Ordnungszahl des Archivs)

I. Allgemeine Daten.

1. Erstkrankungsalter: 22 Jahre
2. Zahl der Phasen bis 1972: Seit 1958 jährlich (Kein grober Defekt!)
3. Dauer der Phasen: 2-3 Monate
4. Diagnosen im Krankenblatt: Schizophrenie (in den ersten

Jahren), cycloide Psychose, affektvolle Paraphrenie, endogene Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, schizoaffektive Psychose (depressives Bild).

5. Psychoseauslösende Situationen: Verlobung der Schwester, Heirat der Schwester, Heirat des Jugendfreundes, andere sexuelle Konfliktsituationen.

6. Beruf und Intelligenz: Sekretärin, sehr intelligent.

II. Hysterische Struktur:

Geltungsbedürfnis und Anpassungsfähigkeit:

Als Kind war die Patientin allseits beliebt ob ihres zutraulichen, gefügigen Wesens. Sie verstand es nach Aussagen einer Schwester, eigene Fehler zu vertuschen, um sie nicht zugeben zu müssen. In der Schule zeigte sie hervorragende Leistungen.

Psychogenie:

Die Patientin benutzt ihre Krankheit als Fluchtmöglichkeit aus unangenehmen Lebenssituationen: Regression in die Klinik. Als Kind wurde an ihr bereits ein psychogener Brechreiz beobachtet.

III. Psychodynamik:

Die Patientin wird analysiert als infantile, naive, oral fixierte Persönlichkeit, die vor allem ihrer Rolle als Frau nicht gewachsen ist, woraus ein gestörtes Verhältnis zum anderen Geschlecht resultiert. Nach eigenen Angaben

findet sie leicht guten Kontakt zu Frauen, nicht aber zu Männern. Wenn sie sich zu einem Mann hingezogen fühlt, dann nur in religiös-mystischer Verbrämung, wie etwa zu einem Missionar oder einem Jesuitenpater.

Im Gefühlsleben der Patientin dominieren sexuelle Schuldgefühle. Die Ursache ihrer Erkrankung sieht sie in einem sexuellen Trauma: Im Alter von 6 bis 9 Jahren hatte sie Kontakt mit einem um 2 Jahre älteren Vetter, mit dem es zu geschlechtlichen Spielereien kam.

Die Patientin ist sehr stark an ihre Eltern gebunden. Mit 4 Jahren verlor sie ihren Vater. Zu ihrem Stiefvater hatte sie stets ein sehr gutes Verhältnis. Nach Berichten ihrer Schwester legte sie sich als schon erwachsenes Mädchen tagsüber gerne ins Bett ihres Vaters. Ihm gegenüber soll sie auch Vergewaltigungsängste (sprich Wünsche) geäußert haben.

Die Patientin hat ein starkes Schutzbedürfnis. Zeichen ihrer oralen Fixierung sind eine auffallende Maschhaftigkeit und Bequemlichkeit.

Patientin 1011

I. Allgemeine Daten.

1. Ersterkrankungsalter: 19 Jahre
2. Zahl der Phasen bis 1972: Seit 1959 jährlich (kein grober Defekt)
3. Dauer der Phasen: 3-16 Wochen
4. Diagnosen im Krankenblatt: Depressive Verstimmung,
Cyclothymie, schizoaffektive
Psychose, cycloide Psychose
(Verwirrtheitspsychose).

5. Psychoseauslösende Situationen: Bruch einer Freundschaft
-Bewußtwerden der Sexualität, Verlobung.
6. Beruf und Intelligenz: Sehr intelligent, Abitur, Sprachenstudium, künstlerische Interessen wie Malerei und Musik.

II. Hysterische Struktur:

Geltungsbedürfnis und Anpassungsfähigkeit:

Als Kind sehr phantasievoll, lustig, vergnügt und beliebt, hoher Leistungsanspruch.

Psychogenie:

Auffallend ist eine schon als Kind zu beobachtende Neigung zu Ohnmachtzuständen und Übelkeit in Konfliktsituationen, eine gewisse Tendenz zu enthemmten Reaktionen und hypochondrischen Anwandlungen: Nach Besichtigung eines Gaswerkes fühlte sie sich gasvergiftet und mußte ins Krankenhaus gebracht werden.

III. Psychodynamik:

Vorherrschend ist die ödipale Fixierung der Patientin an den Vater, die zur Ablehnung der Mutter und einer Rivalität zwischen Mutter und Patientin führt. Die Patientin fühlt sich vom Vater besser verstanden.

Die Familie ist charakterisiert durch lockere interfamiliäre Bindungen, ohne Geborgenheit.

Die Identifikationsprobleme als Frau stehen im Vordergrund der persönlichen Problematik.

Patientin: C

I. Allgemeine Daten:

1. Anamnese: ungestört: 18 Jahre
2. Wahl der Phasen: bis 1972: Seit 1961 jährlich (kein grober
Schritt).
3. Dauer der Phasen: 2-3 Monate
4. Diagnosen im Krankenblatt: Hebephrenie, psychasthenisches
Zustandsbild mit depressiver
Verstimmung, cycloide Psychose.
5. Psychoseauslösende Situationen: "Sexueller Schock" am
18. Geburtstag,
Verlust einer Bezugsperson,
in der sie den Vater ge-
sucht habe.
6. Beruf und Intelligenz: Zuerst Schwesternhelferin, dann
Kosmetikerin, sehr ehrgeizig, bil-
det sich in Abendkursen fort.

II. Hysterische Struktur:

Als Kind unauffällig, gute Schülerin, vielseitige Interes-
sen. Beachtung verdient vielleicht der Berufswechsel und
die Art der beiden gewählten Berufe.

III. Psychodynamik:

Tod der Mutter, als die Patientin 4 Jahre alt war. In der
Folgezeit lehnt sie sich sehr an ihren Vater an. Sie er-
klärt auch die Wahl ihres ersten Berufes, der Schwestern-
helferin mit der Motivation, "dem Vater zu imponieren".

Vorherrschend in ihrer Problematik sind Schwierigkeiten der Identifikation mit dem eigenen Geschlecht, begleitet von Kastrationsphantasien hysteriformer Art und Angst vor dem anderen Geschlecht. In der Beziehung zu anderen Männern sucht sie ihren eigenen Vater. Daneben spielen sexuelle Phantasien religiös-mystischer Verbrämung eine nicht unbedeutende Rolle: Schwärmerische Liebe zu Priestern und Mönchen.

Patientin 912

I. Allgemeine Daten:

1. Ersterkrankungsalter: 18 Jahre

2. Zahl der Phasen bis 1972: 3 (seit 1966).

3. Dauer der Phasen: 2-3 Monate

4. Diagnosen im Krankenblatt: Schizophrene Psychose, symptomarme Schizophrenie, Wochenbett-psychose im Rahmen einer schizoaffectiven Psychose.

5. Psychoseauslösende Situationen: Bruch einer Liebesbeziehung, Wochenbett.

6. Beruf und Intelligenz: Abitur, Studium.

III. Mysterische Struktur:

Geltungsbedürfnis und Anpassungsfähigkeit:

Als Kind sehr beliebt, viele Freundinnen, wenig Konflikte.

Psychogenie:

Patientin flüchtet "aus lauter Haß und Wut" (eigene Angaben der Patientin) in die Krankheit.

III. Psychodynamik:

Über die Beziehungen zu den Eltern ist aus dem Krankenblatt nichts zu erfahren.

Die auslösenden Situationen erforderten von der Patientin eine Umstellung in ihrem persönlichen Leben, der sie sich durch die Krankheit zu entziehen versuchte.

Patientin 656

I. Allgemeine Daten:

1. Ersterkrankungsalter: 28 Jahre (1972)
2. Zahl der Phasen: 2
3. Dauer der Phasen: 4-5 Wochen
4. Diagnosen im Krankenblatt: Maniforme Schizophrenie,
infantile Hysterica, schizo-
affektive Psychose.
5. Psychoseauslösende Situationen: Unschlüsselung, Geburt
eines Kindes.
6. Beruf und Intelligenz: Verwaltungsangestellte, mittlere
Reife.

II. Hysterische Struktur:

Selbstgefälligkeit: Die Patientin pflegt sich auffallend gern.

Kurzschlüssigkeit und Unstetigkeit:

Die Patientin ist bindungsschwach, sucht außereheliche Bekanntschaften, sie läuft bei der geringsten Kleinigkeit von zu Hause weg.

Psychogenie und Angestimmtheit:

Im Anschluß an eine Fernsehsendung über Blinddarmpfektionen

erreichte sie eine Einlieferung ins Krankenhaus mit sofort folgender Appendektomie.

Sie unterhielt eine längere Beziehung zu einem Heilpraktiker, den sie aus gesundheitlichen Gründen aufgesucht hatte.

III. Psychodynamik:

Als jüngstes von 4 Kindern wurde die Patientin vom Vater eindeutig bevorzugt, so daß sie schon als Kind deswegen die Mißsicht von Mutter und Geschwistern erregte.

Ihr Sexualleben ist nach Angaben des Ehemannes sehr un-
ausgeglichen, sie sucht ständig außereheliche Beziehungen,
wobei sie die treibende Kraft ist. Die auslösenden Konflikte
verlangten von ihr eine klare Konfrontation mit sich selber,
ihrer Rolle als Ehefrau und Mutter, der sie sich durch die
Krankheit entzog.

Patientin 860

I. Allgemeine Daten:

1. Ersterkrankungsalter: 27 Jahre (1972)
2. Zahl der Phasen: 1
3. Dauer der Phasen: 2 Monate
4. Diagnose im Krankenblatt: Depressives Syndrom bei Verdacht
auf schizoaffektive Psychose.
5. Psychoseauslösende Situation: Bruch einer Liebesbeziehung
und Geburt eines unehelichen
Kindes.
6. Beruf und Intelligenz: Floristin, Sozialhelferin.

III. Hysterische Struktur:

Geltungsbedürfnis und Anpassungsfähigkeit:

Als Kind sehr beliebt, da lustig und lebhaft, viele Freundinnen.

Psychogenie:A

Als Kind fiel die Patientin dadurch auf, daß sie kurz in Ohnmacht fiel, wenn es darum ging, einen Wunsch durchzusetzen.

III. Psychodynamik:

Die Patientin wird als infantile Persönlichkeit analysiert. Ihre sexuelle Aufklärung bezog sie aus Illustrierten. Ihren ersten Geschlechtsverkehr entschuldigt sie mit der verminderten Zurechnungsfähigkeit nach Alkoholkonsum. Sexuelle Verfolgungsideen überkommen sie zeitweise. Die ödipale Fixierung an den Vater ist nicht erwiesen, aber wahrscheinlich.

Zusammenfassend zu diesen sechs Krankenblättern wäre folgendes zu sagen:

Besonders häufig fand ich eine ödipale Fixierung auf den gegen-geschlechtlichen Alternteil, eine daraus resultierende Schwierigkeit in der Identifikation mit dem eigenen Geschlecht, der sich in einem Infantilismus als Frau äußerte.

Eine als hysterisch zu bezeichnende Fluchttenenz zeigte sich z.T. als Flucht in die Krankheit "aus lauter Haß und Wut" nach einer Liebesenttäuschung, oder in

einer Regression in die Klinik aus dem Infantilismus als Frau, oder in der kindlichen Tendenz "umzufallen", um einen Wunsch durchzusetzen, oder bei Erregung Ohnmacht und Übelkeit zu zeigen, oder ein häufiger Berufswechsel "aus Überforderung".

Als Kinder werden die Patientinnen von ihrer Umgebung als lebhaft, lustig, phantasievoll geschildert, sehr beliebt bei Eltern und Lehrern, und daher oft verwöhnt. Eine Patientin berichtet, daß ihr geltungsbedürftiges Handeln als Kind so weit ging, daß sie, als sie eines Tages den Schulranzen vergessen hatte, dem Lehrer erklärte, ihr sei nicht gut, damit er sie nach Hause schickte und ihr Vergessen nicht bemerkte. "Jenseits von Gut und Böse" charakterisiert Leonhard(48) diesen Zug der hysterischen Persönlichkeit, nichts zuzugeben, sondern alles zu verdrängen. So rechtfertigte eine Patientin ihren ersten Geschlechtsverkehr, sie sei unter Alkoholeinfluß gestanden und praktisch verführt worden, obwohl sie nachher erzählte, daß dieses Verhältnis noch längere Zeit angedauert habe und recht glücklich gewesen sei.

Ein anderer charakteristischer hysterischer Zug ist die erhöhte Suggestibilität: Eine Patientin brachte es fertig, unmittelbar im Anschluß an eine Fernsendung über eine Blinddarmperforation wegen akuter

Appendicitis ins Krankenhaus eingewiesen zu werden. Auffallend ist die große Bedeutung der sexuellen Problematik bei all diesen Frauen.

Weniger deutlich waren hysterische Züge bei männlichen Patienten nachzuweisen. Lediglich e i n männlicher Patient zeigte eindeutige hysterische Züge. Er litt an einer Motilitätspsychose. In seiner Kindheit fällt die ödipale Fixierung an die Mutter auf. Von seiner guten Anpassungsfähigkeit zeugen die zahlreichen Freunde, die er hatte. Für Verdrängungstendenzen sprechen die Entschuldigungen, die er vorbringt für das Versagen in der Schule, dem Versagen bei verschiedenen beruflichen Unternehmungen folgte. Er begründet das erstere, daß er die Testaufgaben der Prüfung für dummes Zeug gehalten habe und sich deswegen nicht konzentriert habe, das Versagen im Beruf mit der schlechten Ausbildung. Jedenfalls war nicht seine persönliche Schuld.

Was die Symptomatik der Motilitätspsychose betrifft, schildert ihn seine Mutter als schon in der Pubertät sehr "steif". Vor Ausbruch der Psychose veruntreute der Patient einige Male Geld, um es für Taxi und Vergnügungen auszugeben, um groß auftreten zu können, ein Zug, der ihm schon in der Jugend bei seinen Kameraden den Spitznamen "Graf von Luxemburg" einbrachte.

4. Beantwortung und Begründung der Frage: An welchen Formen von schizoaffektiven Psychosen erkranken hysterische Persönlichkeiten bevorzugt?

Die cycloiden Psychosen sind bereits im Temperament vorgezeichnet. Der "hysterische Charakter", also jene weit verbreitete Fähigkeit, hysterisch zu reagieren, scheint geradezu prädestinierend zu wirken für eine Erkrankung an den beiden oben besprochenen cycloiden Psychosen, nämlich die Angst-Glückpsychose und die hyperkinetisch-akinetische Motilitätspsychose.

Die aufgezeigten weitgehenden Parallelen der psychotischen Symptomatik, die ähnlichen Auslösekonflikte, die Bevorzugung des weiblichen Geschlechts im jugendlichen Alter, kann auch der kritische Betrachter nicht als Zufall abtun, wenn er die hysterische Disposition näher betrachtet:

Es ist dies vor allem eine Disposition zu Angst-, Schreck- und Paniksyndromen im Bereich der Motilität oder auf psychischem Gebiet, entspringend einem besonders stark ausgeprägten Selbsterhaltungstrieb (V. Kretschmer (43)). Bei psychotischer Veranlagung mündet diese Disposition im ersten Fall in die Motilitätspsychose, im zweiten Fall in die Angst-Glückpsychose.

Der atavistische Bewegungstypus, der als vorherrschendes Phänomen vor allem des hysterischen Anfalls bekannt ist, und dessen Kern ein wahlloses Aufeinander-

folgen psychomotorischer Bewegungen darstellt, wie sie auch für die Motilitätspsychose charakteristisch sind, steht einer anderen Primitivreaktion gegenüber, die auf den Immobilisationsreflex zurückgeht: In der hysterischen Disposition zu hypnoiden Zuständen findet der akinetische Zustand seine Erklärung.

Neben den Bewegungstyp des Pyknisch-Zykloiden, des Athletischen und des Asthenisch-Schizoiden stellt Gurewitsch als vierten den des hysterisch Veranlagten, ausgezeichnet durch kindlich-graziöse Bewegungen mit einer gewissen Harmonie.

Die zweite hysterische Veranlagung, Angst auf psychischem Gebiet auszuagieren, weist auf die präpsychotische Neigung zur Angst-Glückpsychose hin. Den Schrecksyndromen liegt die hysterische Neigung zu starker Affekterregbarkeit, gepaart mit psychischer Labilität, zugrunde.

5. Kurzer Ausblick auf die zeitgenössische ameri-

kanische Literatur über die "hysterische Psychose". In den letzten Jahren ist der Begriff der hysterischen Psychose in der amerikanischen Literatur wieder aufgetaucht. Umfragen unter Psychiatern in den U.S.A. (Hirsch, Hollaender, 31) ergaben, daß fast alle der Befragten den Begriff in ihrer ärztlichen Praxis benutzen. Die beiden Autoren geben folgende Definition der hysteri-

schen Psychose:

"It is a state marked by a sudden and dramatic onset, temporally related to a profoundly upsetting event or circumstance. Its clinical manifestations include hallucinations, delusion, depersonalisation, and grossly unusual behavior. Thought disorders, when they occur, are usually sharply circumscribed and very transient. Affectivity, if altered, is changed in the direction of volatility and not flatness. The acute episode seldom lasts longer than one to three weeks, and the eruption is sealed off that there is practically no residue. The disorder is encountered most often in persons referred to as hysterical characters or hysterical personalities."

Nach ihren Untersuchungen gibt es drei Gruppen von Krankheitsbildern, die heute als hysterische Psychosen bezeichnet werden, von denen aber nur die der letzten Gruppe eigentliche Psychosen sind.

Um "culturally sanctioned behavior" handelt es sich bei der ersten Gruppe, ein Phänomen, das neben anderen Autoren vor allem von Langness(44) ausführlich beschrieben wurde: Beobachtet wurde es bei Eingeborenen in verschiedenen Gebieten Amerikas und Afrikas und bei den Ureinwohnern von Inselgruppen, kurz bei Völkern mit

erhaltener Primitivkultur. Es handelt sich durchwegs um kurzdauernde psychotische Episoden, die bei bestimmten Stresssituationen, bedingt durch das Stammesleben und dessen Bräuche, auftreten und als solche ein für den jeweiligen Stamm typisches Verhaltensmuster aufweisen. Von den übrigen Stammesangehörigen wird das Ereignis als ein von höherer Macht ausgehendes Vorkommnis sanktioniert und toleriert. Langness weist darauf hin, daß diese Psychosen, die nur Stunden bis Tage dauern, zwar jeweil von der spezifischen Stammeskultur gefärbt seien, aber doch sehr ähnliche Grundzüge über alle Grenzen hinaus aufwiesen. Er erklärt dies mit der zugrunde liegenden ähnlichen Persönlichkeitsstruktur, wobei aber hysterisch für ihn nur erhöhte Suggestibilität, Unfähigkeit zu rationalem Denken und Neigung zum Magischen bedeutet.

Die zweite von Hirsch und Hollander (31,32) abgegrenzte Gruppe wird von ihnen als "appropriation of psychotic behavior" charakterisiert und stellt ein Übergreifen des Konversionsprozesses auf geistige Bereiche dar, in dessen Folge es zur bewußten oder unbewußten Simulation von psychotischen Symptomen kommt. Von einer echten Psychose seien diese Zustände dadurch abzugrenzen, daß es eher zu einer Verstärkung der Verdrängung denn zu einem Zusammenbruch der Verdrängungsmechanis-

men komme, wie es für eine echte Psychose typisch sei. Hier handle es sich eher um neurotische Patienten, die extrem suggestibel seien und eine Psychose, die sie irgendwo beobachtet oder über die sie gelesen hätten, nachahmten, wobei sie einen guten Realitätskontakt und eine grosse Abhängigkeit von Zuschauern an den Tag legten.

Ich möchte diese Form mit den verschiedenen Bildern der traumatischen Psychose des 1. Weltkrieges vergleichen, die man schon damals z.T. als traumatische Neurosen bezeichnete, wohl an der Echtheit der psychotischen Symptome zweifelnd. Ein Vergleich mit den anderen hysterischen Zweckpsychosen liegt ebenfalls nahe, und die Übergänge zu den psychogenen Psychosen Faergemans sind fließend.

Nun zur dritten Gruppe der beiden Autoren, den "true psychoses", für welche die oben wiedergegebene Definition vor allem gültig ist. Diese Form hat als echte Psychose nichts gemeinsam mit der Konversionshysterie, sie tritt bei hysterischen Persönlichkeiten auf und entsteht durch ein Versagen und Zusammenbrechen der hysterischen Verdrängungsmechanismen. Die beiden Psychiater beziehen sich auf Freud und seine von mir schon zitierte Abhandlung über die Abwehr-Neuropsychosen(23,24) und vertreten wie er die Überzeugung, daß vor allem Frauen

besonders anfällig für diese Psychose sind. Das zugrunde liegende hysterische Temperament schildern sie als dramatisch, theatralisch, wenig ausdauernd und sehr unstet, mit Vorliebe für Gestik und reiches Mienenspiel, Vortäuschen von Suizidversuchen. Diese Frauen neigen dazu, Halt bei anderen zu suchen, sind oft kokett und verführerisch.

Für Mirsch und Hollaender (31,32) ist das klinische Bild der hysterischen Psychose in den meisten Fällen der Endpunkt einer Entwicklung, die mit dem Vorliegen eines hysterischen Charakters ihren Anfang nahm. Sie grenzen die Erkrankung von der Schizophrenie ab, betonen aber gleichzeitig, daß eine sichere Diagnose nicht immer von Anfang an möglich ist, die Diagnose "hysterische Psychose" in manchen Fällen erst nach erfolgter völliger Heilung gestellt werden kann.

IV. Zusammenfassung.

Im ersten Teil der Arbeit wurde die geschichtliche Entwicklung des Begriffs der "hysterischen Psychose" verfolgt. Aus zunächst ziemlich uneinheitlichen Definitionen und der oft unklaren Abgrenzung von der Neurose Hysterie kristallisierte sich zu Beginn unseres Jahrhunderts die hysterische Psychose heraus, die sich in drei Untergruppen teilen läßt: 1) als psychotischer Zustand in Verbindung mit hysterischen Anfällen, 2) als phasisch auftretende Psychose mit hoher Rezidivneigung, 3) als Zweckpsychose. Vor allem die Gruppe 2 war in den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts immer wieder Zankapfel differentialdiagnostischer Überlegungen und wurde im Laufe der Zeit vor allem den Schizophrenien zugeordnet. Mit Abnahme der Diagnose "Hysterie" schwanden auch die beiden anderen Formen der hysterischen Psychose.

Im zweiten Teil galt es, der Frage nachzugehen: An welchen schizoaffektiven Psychosen erkranken hysterische Persönlichkeiten bevorzugt?

Zunächst wurde die Frage nach dem Erkrankungsrisiko an einer Psychose für die hysterische Neurose und den hysterischen Charakter erörtert. Der hysterische Charakter wurde besonders hervorgehoben als weit verbreitete Disposition, hysterisch zu reagieren. Von

dieser Disposition führen zwei getrennte Wege, auf der einen Seite zur hysterischen Neurose, auf der andern Seite zur hysterischen Psychose. Die Wahl zwischen den beiden Wegen ist endogen festgelegt. Beiden Erkrankungen sind die Auslösekonflikte gemeinsam, als auch der Umstand, daß bevorzugt junge Frauen betroffen werden.

Die hysterischen Psychosen aus der oben erwähnten Gruppe 2 finden sich in der skandinavischen Psychiatrie unter den psychogenen Psychosen Faergemans wieder. In der deutschen Psychiatrie läßt sich rein von der Systematik her das Untertauchen dieser hysterischen Psychosen bei den cycloiden Psychosen Leonhards verfolgen. Diese Beobachtung wird erhärtet durch weitgehende Analogien der Symptomatik, die sich anhand der älteren Literatur über die hysterischen Psychosen vor allem für die Angst-Glückpsychose und die Motilitätspsychose aufzeigen lassen.

Schließlich wurde der Versuch gemacht, an willkürlich ausgewähltem Patientengut der Diagnosennummer 295/7 präpsychotische hysterische Züge zu finden, was vor allem bei weiblichen Patienten gut gelang. Nun ließ sich auch die oben gestellte Frage beantworten: An welchen schizoaffektiven Psychosen erkranken hysterische Persönlichkeiten bevorzugt?: Der Grundzug jeder hysterischen Disposition ist die Tendenz zu

Angst-, Schreck- und Paniksyndromen im Bereich der Motilität oder auf psychischem Gebiet, entspringend einem besonders stark ausgeprägten Selbsterhaltungstrieb. Daraus läßt sich eine Veranlagung zur Motilitätspsychose im einen Fall und zur Angst-Glückpsychose im andern Fall ableiten.

Abschließend wurde noch kurz der Standpunkt der neueren amerikanischen Literatur zur hysterischen Psychose dargestellt.

V. Literaturverzeichnis.

- (1) BAEYER, v.W. Zur Statistik und Form der abnormen Reaktionen der Gegenwart. Nervenarzt 19,402-408, (1948).
- (2) EINSWANGER, O. Über die forensische Bedeutung der hysterischen Psychosen. Jahreskurs für ärztliche Fortbildung 1913, 4. Jahrgang, Maiheft, 64-73.
- (3) BINSWANGER, O. Die Hysterie. Wien, Verlag A. Hölder 1904.
- (4) BINSWANGER, O. Lehrbuch der Psychiatrie. Jena, Verlag G. Fischer, 1915.
- (5) BIRNBAUM, K. Psychosen mit Wahnbildung und wahnhaft-einbildungen bei Degenerativen. Halle, Verlag Marhold, 1908.
- (6) BIRNBAUM, K. Zur Lehre von den degenerativen Wahnbildungen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 66, 19-41, (1909).
- (7) BIRNBAUM, K. Zur Frage der psychogenen Krankheitsformen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1, 27-30, (1910) und 7, 404-423, (1911).
- (8) BIRNBAUM, K. Klinische Schwierigkeiten im Psychogeniegebiet. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 41, 339-373, (1917).
- (9) BLEULER, E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin, Springer 1916.
- (10) BLEULER, E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer 1969, 11. Auflage.
- (11) BONHOEFFER, K. Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle, Marhold 1907.
- (12) BUMKE, O. Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psych. 20, 381-403, (1909).

- (13)BURGL,G. Die Hysterie und die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Hysterischen. Stuttgart,F.Enke,1912.
- (14)CHARCOT Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems insbesondere über die Hysterie. Autorisierte deutsche Ausgabe von S.Freud. Leipzig-Wien, Deuticke,1886.
- (15)DECSI,K. Über hysterische Geistesstörung. Ungar. med.Presse 16,360-362,(1901).
- (16)DIETRICH,H. Zum Hysterieproblem vom Standpunkt des Gutachters. Psychiat.Neurol.med.Psychol. (Lpz.) 10,213-215,(1958).
- (17)ERNST,K. Die Prognose der Neurosen. Berlin-Göttingen+Heidelberg,Springer 1959.
- (18)ERNST,K. Die Anamnese schizophrener und neurotischer Klinikpatientinnen.Eine psychopathologische und soziologische Untersuchung. Schweizer Arch.f.Neur. 106,127-158,(1970).
- (19)FAERGEMAN,P.M.Psychogenic Psychoses. London,Butterworths 1963.
- (20)FLECHSIG,P. Zur gynaekologischen Behandlung der Hysterie. Neurol.Centralbl.,459-468, (1884).
- (21)FOLLIN,S.,J.CHAZAUD,L.PILON:Cas cliniques des psychoses hystériques. Evolut.psychiat. 26,257-286,(1961).
- (22)FREUD,S.,J.BREUER:Studien über Hysterie. Leipzig-Wien 1895.Frankfurt/Main,Fischer 1970.
- (23)FREUD,S. Die Abwehrneuropsychosen. Neurol. Zentralbl.,362-364,(1894).
- (24)FREUD,S. Weitere Bemerkungen über die Abwehrneuropsychosen. Neurol.Zentralbl.,434-448,(1896).

- (25) FÜRSTNER?C: Über hysterische Geistesstörungen.
in: Deutsche Klinik am Eingange des
20. Jahrhunderts, herausgegeben von
E.v.Leyden und F.Klemperer, Band 6
2.Abteilung, S.155, Berlin-Wien,
Urban&Schwarzenberg, 1906.
- (26) GANSER Ueber einen eigenartigen hysterischen
Dämmerzustand. Archiv f.Psycg. u. Neur.
30,633-640,(1898).
- (27) GRIESINGER,W.Pathologie und Therapie der psychi-
schen Krankheiten für Ärzte und Stu-
dirende. Stuttgart, A.Krabbe, 1845.
- (28) GRIESINGER,W.Pathologie und Therapie der psychi-
schen Krankheiten, 5.Auflage, Berlin
Hirschwald, 1892.
- (29) HEINICKE,W. Manisch-depressive Psychose und hyste-
risches Irresein bei ein und derselben
Kranken.Allg.Zeitschr.f.Psych.67,429-
443,(1911).
- (30) HESS,E. Über hysterisches Irresein. Psych.-
neurolog. Wochenschr.36,393-397,(1902).
- (31) HOLLAENDER,M.H.,S.J.HIRSCH: Hysterical Psychosis:
Americ.J.Psychiat.120, 1066-1074,(1964).
- (32) HIRSCH,S.J.,M.H.HOLLAENDER:Hysterical Psychosis:
Clarification of the Concept. Americ.
J.Psychiat. 125,909-915,(1969).
- (33) HOCH Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie.
3.Auflage,Berlin,Springer,1934.
- (34) IMBODEN Zur Frage der Kombination des manisch-
depressiven Irreseins mit der Hysterie.
Allg.Zeitschr.f.Psych.65,731-777,(1908).

- (35) JANET, P. in Schwarz, L.: Die Neurosen und die dynamische Psychologie von Pierre Janet. Basel, B. Schwabe, 1951.
- (36) JASPERS, K. Allgemeine Psychopathologie, 6. Auflage, Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer 1953.
- (37) KAHN, E. Die psychopathischen Persönlichkeiten in Handbuch der Geisteskrankheiten, herausgegeben v. Bumke, O., Band 5, spez. Teil I, S. 227, Berlin, Springer 1928.
- (38) KLEIST, K. Fortschritte der Psychiatrie. Frankfurt/Main, W. Kramer 1947.
- (39) KRAEPELIN, E. Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte, 2. Auflage, Leipzig, A. Abel, 1887.
- (40) KRAEPELIN, E. Psychiatrie. 8. Auflage, Leipzig, A. Barth, 1913.
- (41) KRANZ, H. Die Entwicklung des Hysteriebegriffs. Fortschr. Neur. Psychiat. 21, 223-238, (1953).
- (42) KRETSCHEMER, E. Hysterie, Reflex und Instinkt. 6. Auflage, Stuttgart, G. Thieme, 1958.
- (43) KRETSCHEMER, W. Neurose und Konstitution in Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Band 2, S. 44, herausgegeben von V. Frankl, V. v. Gebsattel, J. H. Schultz, München-Berlin, Urban & Schwarzenberg 1957.
- (44) LANGNESS, L. L. Hysterical Psychosis: The crossculturell Evidence. Americ. J. Psychiat. 124, 143-152, (1967).
- (45) LEONHARD, K. Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen, abnormen Persönlichkeitsstrukturen und neurotischen Entwicklungen. Berlin, VEB-Verlag Volk und Gesundheit, 1968.

- (46) LEONHARD, K. Grundlagen der Psychiatrie. Stuttgart, F. Enke, 1948.
- (47) LEONHARD, K. Aufteilung der endogenen Psychosen. Berlin, Akademie-Verlag, 1966.
- (48) LEONHARD, K. Akzentuierte Persönlichkeiten. Berlin, VEB-Verlag Volk und Gesundheit, 1968.
- (49) LEONHARD, K. Atypische Psychosen und Kleists Lehre von den endogenen Psychosen in: Psychiatrie der Gegenwart, Band 2, Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer, 1960.
- (50) LEONHARD, K., S. v. TROSTORFF: Prognostische Diagnose der endogenen Psychosen. Jena, Fischer, 1964.
- (51) MAYER-GROSS, W. Clinical Psychiatry. London, Cassell and Company Ltd., 1955.
- (52) MENDEL, E. Leitfaden der Psychiatrie. Stuttgart, F. Enke, 1902.
- (53) MÖBIUS, P. J. Über die gegenwärtige Auffassung der Hysterie. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekologie 1, 12-21, (1895).
- (54) MOERCHEN, F. Über Pseudopsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 73, H. 4/5, 552-574, (1921).
- (55) MORAVCSIK, E. E. Das hysterische Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie u. psychisch-gerichtl. Medizin, herausgeg. von Deutschlands Irrenärzten 50, 117-132, (1894).
- (56) NISSL, F. Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Centralbl. f. Nervenheilkd. u. Psychiatrie, 25. Jahrgang, 13. Band, 2-38, (1902).
- (57) PETERS, U. H. Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie. München-Berlin-Wien Urban & Schwarzenberg, 1971.

- (58) PÖNITZ, K. Die klinische Neuorientierung zum Hysterieproblem unter dem Einflusse der Kriegserfahrungen. Berlin, Springer 1921.
- (59) PÖNITZ, K. Die Zweckreaktion. Ein Beitrag zur Psychologie und Simulation unter besonderer Berücksichtigung der Kriegserfahrungen. Arch.f.Psych.u.Nervenkrankh. 59, H.2/3, 804-828, (1919).
- (60) POPOW, N.M. Hysterie und Schizophrenie. Wiener klin. Wochenschr. 1932, II, 984-989.
- (61) RAECKE Zur Lehre vom hysterischen Irresein. Arch.f.Psych.u.Nervenkrankh. 60, 171-211, (1905).
- (62) RAIMANN, E. Die hysterischen Geistesstörungen. Leipzig-Wien, F. Deuticke, 1904.
- (63) REDLICH, F.C., D.FREEDMAN: Theorie und Praxis der Psychiatrie. S.733, Frankfurt/Main, Suhrkamp, 1970.
- (64) SCHNEIDER, K. Die Neurasthenie- und Hysteriefrage. Dt.med.Wschr. 1933, II, 1275-1278.
- (65) SCHROEDER, P. Degenerationspsychosen und Dementia praecox. Arch.f.Psych.u.Nervenkrankh. 66, 1-51, (1922).
- (66) SCHROEDER, P. Degeneratives Irresein und Degenerationspsychosen. Z.ges.Neurol.Psychiat. 60, 119-126, (1920).
- (67) SCHÜLE, H. Handbuch der Geisteskrankheiten. Leipzig, F.C.W.Vogel, 1878. S.233.
- (68) SCHULTE, W., R.TÖLLE: Psychiatrie. Berlin-Heidelberg-New York, Springer, 1971.
- (69) SLOTOPOLSKY-DUKOR, B.: Beitrag zur Klinik der hysterischen Psychosen, insbesondere der hysterischen Pseudodemenz. Schweizer Arch.Neur. 33, 128-152, 250-270, (1934).

- (70) STORCK, J. Hysterie und Schizophrenie. Jb. Psychol. Psychother. 18, 332-351, (19707).
- (71) STUTTE, H. in Kinder- u. Jugendpsychiatrie in: Psychiatrie der Gegenwart - Forschung und Praxis, Band 2, Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer, 1960.
- (72) VILLINGER, W. Gibt es psychogene, nicht hysterische Psychosen auf normalpsychologischer Grundlage. Z. Neur. 57, 174-195, (1920).
- (73) WERNICKE, C. Grundriss der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. 2. Auflage, Leipzig, G. Thieme, 1906.
- (74) WESTPHAL Über hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens. Neur. Zentralbl. 1, 7-16, (1903).
- (75) WEYGANDT, W. Atlas und Grundriss der Psychiatrie. München, J. F. Lehmann, 1902.
- (76) WILMANN, K. Die Psychopathien in: Lewandowsky: Handbuch der Neurologie. Berlin, Springer 1914.
- (77) WINKLER, W. Th. Die hysterische Fehlhaltung in: Frankl, Gebisattel, Schulz: Handbuch der Neurosenlehre, Band 2, München, Urban & Schwarzenberg, 1957.
- (78) ZILHEN, Th. Psychiatrie, 2. Auflage, Leipzig, S. Hirzel, 1902.

Lebenslauf

Als drittes Kind des Ehepaares Josef und Anna Schwaiger, geb. Aubele wurde ich am 6.2.1950 in Hengersberg geboren. Nach Besuch der Volksschule in Hengersberg an den Gymnasien Passau/Freudenhain und Niederalteich; dort im Sommer 1969 Abitur.

Im Wintersemester 1969/70 Beginn des Medizinstudiums an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

Im Frühjahr 1972 Physikum in München.

Beendigung des medizinischen Staatsexamens am 18.6.1975 an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München.

Medizinische Doktorprüfung am 24. Juni 1975.

